

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE DROIT

LE PROBLÈME DE L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT

(SCIENCES POLITIQUES ET ÉCONOMIQUES)

Présentée et soutenue le 30 Novembre 1922 à 15 h. 30

PAR

MARC DEGAS

*Rédacteur au Ministère de l'Hygiène,
de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.
(Direction de la Mutualité.)*

Président : M. GERMAIN MARTIN, Professeur.

*Suffragants : MM. NOGARO, chargé de cours.
DOLLÉANS,*

~~~~~







**LE PROBLÈME DE L'ASSURANCE**  
**MALADIE-INVALIDITÉ**



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE DROIT

---

# LE PROBLÈME DE L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

---

THÈSE POUR LE DOCTORAT

(SCIENCES POLITIQUES ET ÉCONOMIQUES)

Présentée et soutenue le 30 Novembre 1922 à 15 h. 30

PAR

MARC DEGAS

*Rédacteur au Ministère de l'Hygiène,  
de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.  
(Direction de la Mutualité.)*



*Président : M. GERMAIN MARTIN, Professeur.*

*Suffragants : MM. NOGARO, chargé de cours.  
DOLLÉANS,*

---

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

# LE PROBLÈME DE L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

---

## INTRODUCTION

~~~~~

Au cours de son existence, l'ouvrier vit constamment dans une situation pénible de doute et d'incertitude; alors même que sa condition semble la plus prospère, alors que son travail lui procure un gain suffisant pour subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille, il ne peut, sans inquiétude, considérer l'avenir. Sans cesse à la merci des mauvais coups du sort, il doit toujours craindre un renversement total de son état, susceptible de le plonger, lui et les siens, dans la détresse et la misère; son unique moyen de subsistance, le produit de son travail, pouvant brusquement lui être retiré.

Cette menace terrible du lendemain, si elle consiste toujours en la perte éventuelle du salaire, se présente néanmoins sous des aspects si divers, si nombreux et en même temps si graves, que le travailleur (1) qui les envisage ne peut se défendre d'une certaine anxiété. Ces risques, auxquels la famille ouvrière est continuellement exposée, sont de deux ordres : l'un, propre au salariat, provient de circonstances économiques; les autres, plus généraux, tiennent à la nature humaine, à des causes physiologiques. Le premier, c'est le chômage; les autres sont la vieillesse, la mort prématurée et la maladie sous toutes ses formes.

Que peut le travailleur seul contre tant d'ennemis? Rien ou presque rien. Il est absolument évident qu'il ne saurait

(1) Il faut entendre par là non seulement l'ouvrier, mais encore le petit employé dont la situation n'est pas moins digne d'intérêt.

sans aide triompher de cette formidable coalition. Mais est-ce seulement, en raison du nombre des risques que sa défaite est irrémédiable, est-ce seulement dans le cas où tous se ligueraient contre lui qu'il sera fatalement vaincu? Non! son infériorité dans cette lutte ne tient pas uniquement à la quantité de ses adversaires, mais encore à la force particulière de chacun d'eux. En effet, si nous n'examinons qu'un risque, le seul qui nous occupe ici et le plus grave peut-être, le risque de maladie, nous constatons que, bien souvent, il suffira pour entraîner les conséquences les plus déplorables. Ce risque, avons-nous dit, est peut-être le plus grave de tous. Il y a là, sans doute, une affirmation un peu osée, mais si la maladie n'occupe pas la toute première place, elle figure sans contredit, parmi les fléaux les plus terribles de la classe ouvrière.

Sa gravité tient surtout à sa durée possible. Il ne faut pas croire que les longues maladies, que les cas d'invalidité soient extrêmement rares; une statistique anglaise nous apprend, au contraire, que, sur douze millions environ de jours de maladie, il y en a cinq millions pour les maladies au delà de six mois, soit 40,9 % (1). *La Fraternelle belge* arrive à un taux encore supérieur : 54 % (2), et, si l'on cherche à savoir comment se répartissent ces maladies de plus de six mois, on en trouve 50 % pendant la première année (7^e au 18^e mois), 23 % pendant la deuxième et 27 % pendant les troisième, quatrième et cinquième année de secours (3). Ces chiffres donnent à réfléchir, et montrent, avec plus d'éloquence que les meilleurs discours, l'importance du risque maladie; si on ajoute que la plupart de ces affections néces-

(1) Exactement 12.383.249 et 5.065.869.

(2) Sur 40.475 journées de maladie, pour une période de quatre ans, elle a relevé 21.840 journées au delà de 6 mois.

(3) Voir, sur cette question, le mémoire de M. Firmin Dubar au IX^e Congrès national des Sociétés de S. M., tenu à Nice en 1907. Compte rendu du Congrès, p. 173.

sitent des traitements compliqués et coûteux, qu'elles appellent parfois des opérations chirurgicales très onéreuses, on appréciera mieux encore sa gravité particulière.

Comment le travailleur malade pourra-t-il parer aux dépenses considérables, occasionnées, non pas seulement par les soins médicaux et pharmaceutiques, mais aussi, par son entretien et celui de sa famille, pendant toute la durée de l'incapacité de travail?

Sans doute, l'épargne (1) pourra lui permettre de supporter, sans trop de heurts, quelques jours ou même quelques semaines de maladie, d'autant plus que, pendant un laps de temps aussi court, le crédit lui sera ouvert chez ses fournisseurs habituels, mais si l'affection se prolonge, si, au lieu d'avoir affaire à la maladie proprement dite qui n'est qu'un « feu de paille », on est en présence de l'invalidité, qui elle, a comme nous allons le voir, tous les caractères d'un « incendie dévastateur » (2).

Peut-on raisonnablement soutenir que, dans ce cas, l'ouvrier soit en état de mettre de côté les sommes nécessaires pour le faire vivre lui et les siens, pendant plusieurs années et parfois même jusqu'à un âge très avancé? Évidemment non, les salaires actuels ne permettent pas des économies aussi importantes (3).

Il faut d'ailleurs remarquer que les sommes ainsi amassées

(1) Ce mot étant entendu ici avec le sens de mise en réserve de certaines sommes en vue des besoins ultérieurs.

(2) BELLQW, *Assurance contre l'invalidité en Belgique; Questions pratiques*, 1911, p. 78.

(3) En effet, les salaires n'ont pas, dans l'ensemble, subi des augmentations considérables depuis la guerre. Contrairement à une opinion couramment répandue, la courbe des salaires n'a pas suivi une pente plus forte que celle du coût de la vie. Les salaires journaliers, en laissant de côté ceux du spécialiste, varient actuellement de 15 à 30 francs par jour. Les traitements des petits employés s'élèvent normalement à 400 et 600 francs par mois. De plus, cette insuffisance des appointements est encore accrue par le chômage et la morte-saison qui les réduisent parfois d'un sixième et même d'un quart.

devront servir à parer à tous les dangers, de quelque ordre qu'ils soient. L'épargne, en tant que prévoyance, est généralisée, « c'est une forme d'assurance indéterminée contre tous les risques de la vie, en deux mots, c'est une assurance contre la misère » (1). Par suite, la part qui pourra revenir à la maladie sera considérablement restreinte.

D'ailleurs, même en admettant qu'elle puisse suffire, lorsque l'ouvrier a, par un travail acharné, accumulé des sommes relativement élevées, il n'en est plus ainsi au cas où l'invalidité survient au début même de sa carrière. Il peut n'avoir travaillé que quelques années, voire même quelques mois, et être brusquement frappé d'une incapacité de travail définitive.

L'épargne est donc « un remède insuffisant, ce n'est qu'un palliatif, ce n'est pas une solution » (2). Il est nécessaire de chercher un autre moyen de protection, car, sans lui, l'ouvrier malade est condamné à la misère. Ses économies seront vite épuisées, les fournisseurs lui refuseront bientôt tout crédit, et alors, ne pouvant plus payer ni le médecin, ni le pharmacien, il ne se soignera plus ou se soignera mal, il se nourrira à peine et au lieu d'une guérison qui, peut-être, eût été rapide et complète, ce sera la maladie chronique, l'infirmité permanente; d'un ouvrier plein de force et de courage, il ne restera bientôt plus qu'une épave humaine, qui ne pourra que terminer misérablement sa vie, au milieu de la détresse la plus profonde.

De plus, le malheureux, qu'une maladie aura ainsi anéanti, ne sera pas la seule victime : sa femme, ses enfants souffriront terriblement. Les pauvres petits, peut-être en bas âge, sentiront cruellement les atteintes de la misère et constitueront des foyers tout préparés à la tuberculose; mal soignés, mal nourris, s'ils ne succombent pas aux priva-

(1) GIDE, *Les institutions du progrès social*, p. 362.

(2) REBOUL (Eugène), *La morale de l'assurance*, p. 15.

tions de toutes sortes qu'il leur faudra endurer, ils resteront des êtres chétifs et malingres qui, toute leur vie, traîneront lamentablement leurs souffrances et leurs malheurs.

Ce n'est pas tout, il faut encore aller chercher plus haut les effets désastreux de la maladie. Non seulement le malade lui-même, non seulement sa famille, mais encore la société aura à en souffrir.

Sans parler des risques réels de contagion que peut semer autour de lui un malheureux mal soigné, la collectivité se trouvera privée d'un travailleur solide et expérimenté. Elle risquera, de plus, de voir disparaître, dans leur première jeunesse, des enfants qui, s'ils ne meurent pas, au lieu d'augmenter le nombre des travailleurs et des forces utiles de la nation, ne pourront qu'accroître celui des infirmes, des malheureux et des inutiles.

Contre ces maux redoutables, il est nécessaire de se garantir. C'est l'intérêt bien compris de tous, des intéressés eux-mêmes, comme de la société tout entière. Quels sont donc les moyens susceptibles de les supprimer, ou tout au moins, de les réduire dans la mesure du possible?

L'État étant directement intéressé à la disparition de ces fléaux, il est naturel qu'on se tourne vers ce protecteur puissant et qu'on dise : c'est la collectivité qui viendra en aide à ces malheureux et qui, par l'assistance publique, leur accordera des secours appropriés. Agissant ainsi, elle servira non seulement son intérêt, mais accomplira encore un devoir moral de solidarité (1).

Ce qui caractérise ce système, c'est donc que le bénéficiaire recevra des secours uniquement parce que sa situation en réclame, et alors qu'il n'a jamais rien fourni en échange.

(1) Article 21 de la loi constitutionnelle du 24 juin 1893 : « Les secours publics sont une dette sacrée; la société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler ».

L'assistance, c'est en quelque sorte « une manifestation publique de la charité ».

Sans considérer ici la valeur de son fondement juridique, nous n'examinerons ce procédé qu'au point de vue de ses résultats, nous attachant simplement à rechercher s'il est un remède efficace aux maux que nous avons brièvement indiqués.

Mentionnant un des inconvénients sur lequel on insiste souvent, à savoir l'abaissement du niveau moral des assistés, nous ne ferons que signaler l'atteinte portée à la dignité même du travail. Les ouvriers qui, jusqu'à leur maladie, avaient tenu à vivre uniquement du produit de leur labeur, peuvent ressentir un légitime froissement de se voir contraints de recourir à la charité publique. Le fait de recevoir des aumônes pourra blesser leur amour-propre; puis, peu à peu, ils prendront l'habitude de recevoir ces secours et arriveront à perdre la notion de leur dignité. On peut constater que la plupart des familles inscrites aux bureaux de bienfaisance deviennent extrêmement quémandeuses. Aussi, a-t-on pu dire que la « charité était une forme inférieure et dégradante de la solidarité entre les hommes » (1).

Si nous laissons de côté ces effets moraux, pour ne considérer que les effets matériels, nous sommes obligés de constater que l'assistance est une solution incomplète. Elle n'a d'abord pour but que de secourir les indigents, c'est-à-dire les ouvriers dont les ressources sont déjà épuisées et chez qui la misère a commencé ses ravages. De plus, on ne peut pas dire que, même tardivement, elle apporte une amélioration sensible à la situation du travailleur; ses prestations sont, en effet, bien loin d'être en rapport avec le salaire quotidien du malade. Les secours qu'elle fournit s'élèvent souvent à des sommes si infimes, qu'on peut se demander si de telles

(1) BOVET, *Les assurances ouvrières obligatoires et leur rôle social*, p. 131.

allocations peuvent apporter une aide efficace (1). Et il est généralement impossible de les augmenter dans une proportion intéressante. La situation financière actuelle de la plupart des pays ne permet pas un effort considérable, et l'élévation du taux des prestations entraînerait un accroissement de dépenses extrêmement important. Les secours distribués à chacun des assistés sont très faibles, mais leur total constitue un chiffre très élevé. L'assistance est donc insuffisante et nous devons l'écarter, non seulement en raison de cette insuffisance et de la dégradation morale qu'elle entraîne, mais encore, à cause des charges financières écrasantes qu'elle occasionne et qui sont hors de proportion avec les résultats obtenus.

Il faut chercher autre chose. Puisque l'État seul, comme l'ouvrier isolé, est incapable de garantir les travailleurs contre les risques de maladie et d'invalidité, on a pensé à un autre moyen de protection, qui consiste à mettre en commun les risques d'une certaine quantité de personnes et, par là, à diminuer leur charge proportionnellement au nombre des assurés. Partant de ce fait que le risque menace tous les individus, mais qu'il ne se réalisera que pour quelques-uns, on leur demande de se grouper et de s'engager à prendre tous leur part des frais occasionnés par la survenance du sinistre chez l'un d'eux. Ce système, c'est l'assurance qui, en somme, a pour objet « la compensation des effets du hasard sur le patrimoine de l'homme isolé en les répartissant sur une communauté de personnes » (2). Ce procédé se distingue essentiellement des deux autres, de l'épargne comme de l'assistance. Il s'en différencie tout d'abord par ses caractères propres et ensuite par ses effets.

Sa différence avec l'épargne apparaît clairement, dès

(1) C'est ainsi qu'en France l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables distribue actuellement des allocations mensuelles de 15 à 40 francs.

(2) BÔVET, *op. cit.*, p. 124.

qu'on examine d'un peu près la nature des deux opérations. Dans l'épargne, l'individu met isolément en réserve certaines sommes, qui lui permettront de subvenir à ses besoins ultérieurs. Dans l'assurance, au contraire, il n'y a pas (sauf le cas que nous envisagerons plus loin) de mise en réserve. Théoriquement, ce n'est qu'à la survenance du risque que tous les assurés répartissent entre eux le montant des frais occasionnés par ce risque. Par suite, si, dans l'épargne, le sacrifice exigé est considérable, puisque l'épargnant doit amasser la somme nécessaire à couvrir le risque tout entier, dans l'assurance, il sera beaucoup moins grand, puisque l'assuré ne devra payer que sa part de la dépense, c'est-à-dire la centième ou deux centième partie suivant que le nombre des associés sera de 100 ou de 200. C'est là un grand avantage de l'assurance sur l'épargne. Un autre résultat de son application immédiate : l'épargnant ne peut profiter de ses économies qu'après de longues années de patience, quand le chiffre en sera suffisamment élevé; jusque-là, il restera exposé à tous les risques; l'assuré, à l'inverse, jouit en général de ses droits dès le début, et la sécurité de son avenir lui est de suite acquise.

Les deux catégories d'opérations diffèrent encore à un autre point de vue : l'une est strictement individualiste et repose sur l'égoïsme des hommes, l'autre renferme une idée de solidarité entre individus.

Les deux notions s'opposent donc avec netteté et « si l'assurance peut apparaître aux assurés comme une forme de l'épargne, comme une sorte de réserve qu'ils se sont constituée peu à peu, c'est en vertu d'une illusion individualiste. L'assuré voit, dans l'indemnité qui lui sera versée un jour, le produit des cotisations ou des primes acquittées par lui, pendant une série d'années. Mais c'est une erreur d'optique » (1). Le produit de ses cotisations a été employé, pour

(1) Voir à ce sujet l'article remarquable de M. RIST dans la *Revue d'Economie politique*, de novembre-décembre 1921, p. 729 et suivantes.

la plus grande partie, en indemnités aux autres assurés, et, le jour où il bénéficiera à son tour des prestations de la caisse, ce seront les cotisations de ses associés qui fourniront les sommes nécessaires. Il ne s'agit donc pas de sommes économisées pour l'avenir, mais, bien plutôt, d'une catégorie de dépenses, qui, faites par un groupe de personnes, ne profitent qu'à un des membres de ce groupe.

Dans la pratique, l'assurance ne procède pas exactement comme nous l'avons signalé et les assurés ne versent pas, après chaque sinistre, leur part du dommage. Pour éviter des retards, pour répartir sur un laps de temps assez étendu les risques qu'elle a déjà répartis entre les individus, l'assurance demande à ses membres une cotisation périodique, fixée d'avance, à l'aide de tables spéciales et des données de l'expérience. Ces cotisations sont calculées de façon à couvrir tous les risques qui peuvent éventuellement surgir, pendant la période pour laquelle la prime est perçue et, de plus, à laisser un certain excédent. Cet excédent sera mis en réserve, il sera, lui, véritablement épargné, en vue de parer à un nombre exceptionnel de sinistres. Mais ce mode d'organisation pratique ne change en rien la nature propre de l'opération qui reste très distincte de la notion d'épargne.

Si nous comparons maintenant l'assurance et l'assistance, nous constaterons des différences également fondamentales.

Tout d'abord, l'opposition principale vient de ce fait qu'à l'inverse de l'assisté, l'assuré paie une cotisation qui lui donne un droit juridique aux prestations, en cas de survenance du risque (1). Les indemnités de l'assurance ne seront que la contre-partie des primes payées.

(1) L'assistance, au contraire, ne créerait pas un véritable droit au profit des assistés. Sans doute, en ce qui concerne l'assistance d'État, on tend à la rendre obligatoire en ce sens que l'État « s'oblige lui-même, ou oblige les municipalités, à pourvoir aux besoins des indigents, dans les limites fixées par la loi ». — GIDE, *Economie sociale*, p. 445.

De cette différence essentielle, en découlent naturellement d'autres. L'assurance n'encourt pas les reproches d'ordre moral qu'on adresse à l'assistance; on dit d'elle, au contraire, qu'elle est « une apparition élevée de la solidarité, qui donne à l'individu conscience de sa force et le soutient dans la lutte pour l'existence » (1).

De plus, elle a le grand avantage d'intervenir dès que le risque se réalise, sans attendre que l'individu ait épuisé toutes ses ressources. A ce point de vue, on peut dire qu'elle contient une part de prévention, et que, si elle n'empêche pas la maladie de se produire, elle prévient au moins la misère.

La distinction entre l'assurance et l'assistance est donc précise, mais c'est là un point de vue théorique, et si l'on se place sur le terrain pratique, on voit que les différences sont moins nettes. Un examen rapide des diverses législations nous amène à constater que, dans les assurances sociales, « la subvention joue un rôle important, les ressources étant fournies, autant et plus que par les intéressés eux-mêmes, par l'État, les patrons » (2), des membres honoraires, etc... En raison de cette aide extérieure apportée à l'ouvrier, l'assurance contre la maladie perd son caractère d'assurance pure, pour renfermer une certaine part d'assistance. De ce fait, la différence entre les deux systèmes devient presque une simple différence de degré.

L'opposition perd encore de sa force quand on a affaire à l'assurance obligatoire, pour cette raison que tous les assujettis y sont incorporés, même si le risque est survenu et si, par conséquent, l'assurance n'est plus techniquement possible (on ne peut s'assurer que contre un risque, par conséquent contre un événement qui n'est pas réalisé).

Ces concessions, que la théorie doit faire à la pratique, ne sont pas très graves. Elles affaiblissent la distinction, mais ne

(1) BOVET, *op. cit.*, p. 124.

(2) TRUCHY, *Economie politique*, t. I, p. 252.

la suppriment pas complètement. Il reste toujours dans l'assurance ce fait que l'intéressé paie une cotisation, et que, par là, il participe, dans une certaine mesure, aux dommages causés par la survenance des risques. D'ailleurs, il ne faut nullement se plaindre de l'intervention financière de collectivités ou de personnes quelconques. Cette aide apportée à l'assurance ne lui enlève aucun de ses avantages moraux et matériels; elle ne peut qu'accroître son efficacité. La dépense ainsi faite par l'État en faveur des caisses, si elle est aussi élevée que celle nécessitée par un système d'assistance, aura des résultats plus tangibles. La réunion de toutes ces ressources constituera un capital plus considérable, avec lequel l'assurance pourra, non seulement venir en aide aux ouvriers malades et invalides et leur donner ainsi la sécurité qui leur manque, mais encore développer les institutions d'hygiène et de protection contre les maladies, entreprendre une lutte efficace contre la tuberculose et améliorer grandement la santé publique.

Ainsi entendue, elle paraît donc être le meilleur système de protection; aussi, c'est celui adopté par presque tous les pays étrangers. Comme nous le verrons au cours de cet ouvrage, il n'existe guère en Europe de nations où une assurance contre la maladie ou contre l'invalidité ne soit organisée.

En France, les préoccupations pour l'amélioration du sort des travailleurs, le souci d'assurer à ceux-ci une garantie réelle contre les affections morbides se sont traduits par des œuvres de caractères différents : les unes dominées par l'idée d'assistance, les autres par l'idée de prévoyance. Cependant, dans ces dernières années, l'assurance est devenue particulièrement en faveur. Nombre de projets et de propositions de loi témoignent de cet état d'esprit, et notamment le dépôt récent, sur le bureau de la Chambre, d'un projet gouvernemental d'établissement d'un vaste réseau d'assurances sociales.

Aussi le problème de l'assurance contre la maladie et l'invalidité présente-t-il un intérêt d'actualité de tout premier ordre. Cette actualité et le nombre des polémiques, soulevées à ce sujet dans beaucoup de milieux, nous ont engagés à consacrer à cette institution une étude spéciale et essentiellement objective. Nous essaierons de nous dégager de tout parti pris, de toutes considérations particulières à telle ou telle organisation, pour examiner la question à un point de vue tout à fait général et avec la plus grande impartialité. Nous étudierons les différents problèmes que soulève une organisation de cette nature et nous indiquerons en même temps les solutions positives qui en ont été données, tant en France qu'à l'étranger.

Pour cela, nous diviserons notre ouvrage en deux parties principales. Dans la première, nous examinerons le risque maladie-invalidité en lui-même; dans la seconde, nous passerons en revue les questions posées par l'organisation de l'assurance proprement dite, au point de vue technique, administratif et pratique.

TITRE PREMIER

LE RISQUE MALADIE-INVALIDITÉ



L'étude du risque maladie et invalidité comprend, en réalité, deux séries de questions nettement distinctes l'une de l'autre. Il s'agit d'abord de préciser la nature du sinistre, de le définir, puis ensuite de rechercher quels sont les remèdes à apporter quand il survient. En d'autres termes, il faut déterminer les cas de réalisation du risque et examiner les moyens susceptibles de le couvrir. Nous consacrerons un chapitre à chacun de ces problèmes : dans le premier, nous étudierons la définition du risque maladie et invalidité, et dans le second, son indemnisation.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION DU RISQUE

1^{re} SECTION. — Définition des mots « maladie » et « invalidité ». Distinction entre ces manifestations pathologiques et des états sensiblement analogues.

2^e SECTION. — Définition du « risque maladie-invalidité ». Le sens de ces deux termes au point de vue de l'assurance.

APPENDICE. — La part de subjectivité dans la maladie et l'invalidité.

Nous avons pu, dans le chapitre précédent, envisager les conséquences néfastes de la maladie et de l'invalidité, abstraction faite du sens précis de ces deux termes. Il s'agit, en effet, de mots d'un usage si fréquent qu'une définition préalable semble superflue.

Mais, s'il a été possible, dans l'exposé des considérations générales, de se contenter de l'acception habituelle de ces termes, le sens plus ou moins vague, qui leur est donné dans le langage courant, ne saurait suffire, dans l'examen approfondi des problèmes posés par l'organisation de l'assurance. Avant d'entreprendre une étude de cette nature, il nous faut au contraire préciser, aussi exactement que possible, ce que l'on doit entendre par les mots « maladie » et « invalidité » et, pour cela, distinguer ces manifestations pathologiques de certains états sensiblement analogues, avec lesquels elles sont fréquemment confondues.

Quand nous aurons ainsi délimité, aussi étroitement que nous le pourrons, le domaine propre de la maladie, d'une

part, de l'invalidité, d'autre part, il nous faudra, non plus examiner ces affections en elles-mêmes, mais les considérer d'un point de vue tout à fait particulier : au regard de l'assurance. Alors que, tout à l'heure, le problème se formulait ainsi : « Qu'est-ce que la maladie ? qu'est-ce que l'invalidité ? » il se posera maintenant sous cette forme toute différente : « Qu'est-ce que le risque de maladie ? qu'est-ce que le risque d'invalidité ? » en d'autres termes, quelles conditions spéciales devront remplir les phénomènes morbides pour ouvrir le droit aux prestations de l'assurance ?

Ces deux notions distinctes feront l'objet de sections spéciales à l'intérieur de ce chapitre.

Enfin, dans un appendice, nous exposerons brièvement le caractère un peu particulier de ces deux risques, qui tient à la part de subjectivité qu'ils renferment.

PREMIÈRE SECTION

DÉFINITION DES MOTS : MALADIE ET INVALIDITÉ

§ 1^{er}. — Définition du mot maladie.

S'il est toujours malaisé de concentrer, en quelques termes précis, le sens d'une expression quelconque, la recherche d'une définition satisfaisante du mot maladie est particulièrement hérissée de difficultés. Une preuve évidente nous en est donnée par les discussions interminables auxquelles on s'est livré, sur ce sujet, depuis les origines les plus reculées de la médecine. La complication spéciale du problème tient à ce fait que, pour le résoudre exactement, il faudrait au préalable définir la vie ; or, ce point de départ fait défaut. Aussi, ne peut-on obtenir une notion précise qu'en procédant

par voie de comparaison, qu'en opposant l'état de maladie à l'état de santé.

Pour que la vie d'un être suive sans secousse son cours habituel, il faut que l'individu soit normalement constitué et placé dans un milieu approprié à sa nature et à ses besoins; si les conditions d'existence viennent à se modifier assez profondément dans un sens défavorable, la marche habituelle des fonctions est troublée, l'état de santé tend à faire place à l'état de maladie. « Ce qui distingue l'organisme malade, c'est donc qu'il réagit d'une façon particulière à des influences inaccoutumées (1). » La maladie, c'est, par conséquent, un dérangement de la vie normale, c'est le mauvais fonctionnement d'un organe, c'est toute altération des fonctions de l'économie, c'est « toute perturbation survenant dans une ou plusieurs parties, simples ou composées, du corps, qui se manifeste par le trouble des actes d'un ou de plusieurs organes en particulier, et même d'un ou de plusieurs appareils en entier (2) ».

C'est là un sens très large. La méthode employée pour la recherche d'une définition nous a conduit à grouper, sous le même mot, tout ce qui n'est pas la santé et, par suite, à comprendre dans cette expression des états divers, dont certains ont un caractère très différent. Aussi, a-t-on été amené à serrer de plus près la question et à établir, à l'intérieur de ce cadre général, des compartiments particuliers. L'un d'eux, comme le cadre lui-même, portera le titre : maladie, mais ce mot sera alors entendu dans un sens beaucoup plus restreint; il désignera la maladie proprement dite, concept qui ne comprend qu'une certaine catégorie des troubles susceptibles d'affecter l'organisme.

C'est ce sens étroit que nous adopterons. Pour le définir avec précision, nous devrons, ici encore, procéder par voie de

(1) Grande encyclopédie au mot « maladie ».

(2) LITTRÉ, *Dictionnaire de médecine* au mot « maladie ».

comparaison, en élevant les barrières destinées à séparer la maladie de certains états qui en diffèrent sensiblement.

DISTINCTION ENTRE LA MALADIE ET L'ACCIDENT

Examinons tout d'abord la distinction qu'il y a lieu d'établir entre la maladie proprement dite et l'accident.

Avant même d'entrer dans l'examen du problème et de préciser le sens propre de ces termes, nous indiquerons brièvement les analogies évidentes que présentent entre elles ces deux manifestations morbides. Quelles que soient, en effet, la nature et l'importance du fossé qui les sépare, elles n'en restent pas moins une catégorie spéciale d'affections, une expression particulière d'un même phénomène : l'altération de la santé. Par cela même, leurs conséquences seront sensiblement équivalentes ; les effets néfastes de l'une et de l'autre seront aussi cruellement ressentis par l'ouvrier et sa famille. Dans les deux cas, le travailleur, réduit au chômage par le mauvais état de sa santé, ne touchera plus son salaire et, par suite, sa porte sera ouverte toute grande à la misère et aux privations ; d'autre part, les soins médicaux et pharmaceutiques seront, tout au moins au début, aussi nécessaires au blessé qu'au malade.

Dans ces conditions, la distinction ne présenterait-elle qu'un intérêt purement théorique de classification ? Il n'en est rien : comme nous le verrons, ce sont surtout des arguments d'ordre pratique qui militent en sa faveur.

Avant d'opposer l'une à l'autre les deux sortes d'affections, signalons la particularité du sens donné, peu à peu, au mot « accident ». Ce terme, en effet, ne désigne pas, à proprement parler, une catégorie spéciale de phénomènes morbides, mais, bien plus justement, l'origine de certains de ces phénomènes. L'accident est un événement soudain, imprévu, et, par conséquent, la cause possible d'une altération de la santé. Par une extension toute naturelle, cette expression a fini par signifier, surtout en matière d'assurance, non plus la cause

d'une affection, mais cette affection elle-même. Considéré ainsi, le mot accident devient presque synonyme de blessure, de traumatisme (1).

Cette précision nécessite une fois apportée, nous constatons, entre les deux états de maladie et d'accident, une opposition très marquée, qui se manifeste à un triple point de vue. Ils se distinguent à la fois par leurs causes, par leur nature, et aussi par certains caractères particuliers à l'un d'eux.

Les quelques développements qui précèdent ont fait sentir la différence essentielle : alors que la maladie est généralement le résultat d'une évolution lente, « l'accident, au contraire, est la conséquence immédiate, ou très prochaine, d'un événement soudain » (2). Il consiste dans une « lésion locale, produite instantanément par une violence extérieure » (3). Ce qui caractérise l'accident, c'est donc « la cause soudaine, fortuite et brutale, déterminant des effets immédiats et instantanés » (4). En outre, une relation très perceptible existe entre la cause et l'effet. On est blessé par l'action brusque d'un corps quelconque, par une chute, on connaît alors très exactement l'origine du mal. Quand peut-on, au contraire, indiquer infailliblement la cause d'une maladie ? Ce sera possible dans quelques cas déterminés, mais, la plupart du temps, on sera réduit à des conjectures et à des probabilités.

De ces différences d'origine, découlent nécessairement certaines différences de nature. Alors que la maladie est généralement une affection interne de l'organisme, affection sou-

(1) L'assimilation n'est pas absolument complète entre l'accident et le traumatisme. Rentrent aussi dans la catégorie des accidents, les brûlures provoquées par des matières chaudes et des liquides corrosifs, les asphyxies par des gaz irrespirables et délétères, etc. (BRETON, *Rapport sur l'extension aux maladies professionnelles de la loi sur les accidents du travail*, 1910, n° 19, page 133.)

(2) Circulaire du ministre du Commerce du 24 août 1899.

(3) LITTRÉ, au mot « blessure ».

(4) BRETON, *op. cit.*, p. 133.

vent cachée dont les symptômes ne sont pas toujours caractéristiques, l'accident engendre une blessure, la plupart du temps extérieure. La simulation et la fraude sont, par suite, beaucoup plus à craindre dans le premier cas. S'il est relativement aisé de constater la présence d'un traumatisme, le contrôle de la sincérité d'un malade se heurte à des difficultés presque insurmontables; de l'aveu même des médecins les plus compétents, il est, dans certains cas, pratiquement impossible d'affirmer qu'une personne est véritablement atteinte d'un trouble morbide. La pratique nous en offre d'ailleurs une preuve péremptoire. Tandis qu'on trouve en assez grand nombre des compagnies financières disposées à garantir leurs adhérents contre le risque d'accident, on n'en trouve que très peu qui consentent à se charger du risque maladie.

D'autre part, si la maladie nécessite généralement, pendant toute sa durée, des soins particuliers, il existe, dans le traumatisme, un point de stabilisation, une consolidation; quand la plaie est cicatrisée, dans l'amputation d'un membre par exemple, le blessé, tout en restant atteint d'une certaine incapacité de travail, n'a plus à se soumettre à un traitement médical.

Sur ces distinctions principales viennent encore s'engreffer d'autres, qui résultent du caractère particulier de certains accidents.

D'abord, la quasi impossibilité de déterminer exactement la cause d'une maladie conduit à des différences, entre cet état et la blessure, au point de vue de la responsabilité. En effet, le principe du droit à réparation, posé en ces termes par l'article 1382 de notre Code civil : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui, par la faute duquel il est arrivé, à le réparer », n'est pas susceptible de jouer pratiquement dans un cas de maladie, alors qu'il trouve logiquement son emploi en matière de traumatisme : quand un homme est écrasé, par exemple, il est relativement facile de connaître l'auteur de l'accident. Si ce

dernier a commis une faute, il devra indemniser sa victime; et, sous réserve de la solvabilité du responsable, il y a là un côté particulier de la question, qu'on ne trouve pas dans la maladie elle-même, où il est presque matériellement impossible de fixer la part de la faute d'un individu.

Et, toujours en raison de la relation évidente entre la blessure et l'événement qui l'a engendrée, on a pu édicter, dans presque tous les pays, des prescriptions spéciales pour certaines catégories d'accidents, nous voulons parler de ceux causés par le travail, ou à l'occasion du travail. Sans qu'il nous soit possible d'entrer ici dans la discussion des diverses théories, qui se sont fait jour sur ce point, qu'il nous suffise de dire que, presque partout, le législateur s'est inspiré à ce sujet des principes du risque professionnel. Se basant sur ce fait que ces sortes d'accidents sont fréquents et inévitables, qu'ils constituent un danger inhérent à la profession, contre lequel l'ouvrier doit être protégé, les diverses législations ont mis ce risque à la charge du chef d'industrie. C'est lui, dit-on, qui assume la direction de l'entreprise et qui en recueille le profit, il est juste qu'il en supporte également tous les aléas et que, par suite, il indemnise l'ouvrier victime d'un accident pendant le travail, le montant de cette réparation devant entrer dans les frais généraux.

Ainsi, des différences très nettes distinguent les deux sortes d'affections qu'il est, non seulement possible, mais nécessaire de ne pas confondre. Du reste, un examen rapide des diverses lois sociales, qui ont eu pour but de garantir à la fois le travailleur contre les deux risques, nous montre que cette distinction a été transportée dans la pratique. Une légère exception à cette règle a pu quelquefois (1) être faite en faveur des « petits accidents », qui n'entraînent qu'une incapacité de travail de très courte durée, et qui, pour des raisons de simplification, ont été soumis à l'assurance-maladie.

(1) Allemagne. Code impérial des assurances du 19 juillet 1911.

Tous ces motifs, dont un seul suffirait à justifier la séparation établie entre les deux états, se groupent pour nous obliger à éliminer dans une étude sur la maladie, les problèmes posés par l'accident.

Nous laisserons donc de côté tout ce qui a trait au traumatisme, à la blessure, pour ne nous occuper que de la maladie proprement dite, c'est-à-dire des affections de l'organisme ayant une cause naturelle.

DISTINCTION ENTRE LA MALADIE ET LA MATERNITÉ

Un autre état a quelquefois été confondu avec la maladie, c'est l'incapacité de travail occasionnée à la femme par la maternité.

Là aussi, nous trouvons les mêmes analogies dans les conséquences, que celles précédemment exposées à propos des accidents. Immobilisée par sa situation, l'ouvrière sera contrainte de cesser son travail; si elle remplit l'office de chef de famille, son chômage pourra avoir des effets aussi terribles pour elle et pour les siens. Le docteur, la sage-femme devront intervenir, et une aide efficace lui sera tout autant nécessaire; on peut même dire que l'intérêt social exige, plus fortement ici encore, que soient fournis des soins et des secours appropriés. En effet, il ne s'agit pas seulement de sauvegarder la santé de l'accouchée, mais encore, de protéger l'enfant qui va naître, ou qui vient d'être mis au monde. Le repos que la mère pourra prendre, pendant les quelques semaines qui précéderont l'accouchement, la nourriture plus ou moins saine et abondante qui lui sera donnée, la nature et la qualité des soins qu'elle recevra, auront, non seulement de grandes influences sur l'état de sa santé et la valeur de sa postérité future, mais encore, sur le développement normal de l'enfant et sur sa vitalité.

Mais la similitude des deux cas ne s'étend pas plus loin. Ces situations diffèrent essentiellement quant à leur nature. On ne saurait, en effet, considérer la maternité comme une

maladie; elle n'en a pas le caractère. La maternité n'est pas une altération pathologique des organes, mais bien plutôt une fonction naturelle. Cette opposition absolue entraîne avec elle de notables différences. Sans considérer même qu'il s'agit d'un état propre au sexe féminin, on peut dire que c'est un risque tout à fait spécial, qui ne peut se produire qu'à certains intervalles et à une époque déterminée de la vie de la femme. Il se distingue par là très nettement du risque maladie, dont la fréquence et la durée sont illimitées, et dont la réalisation peut intervenir à n'importe quel moment de l'existence.

Certes, dans beaucoup de pays, les femmes en couches reçoivent les mêmes secours que les individus malades et tous sont soumis à une législation identique, mais ce n'est là qu'un procédé possible d'organisation pratique, qui ne touche en rien à la distinction fondamentale des deux états.

Nous cantonnant exclusivement dans l'étude de l'affection morbide proprement dite, nous écarterons délibérément la question de la maternité, qui, en raison de son caractère spécial, nécessiterait une étude particulière.

La maladie ainsi précisée est donc toute altération de la santé, qui n'est pas le résultat d'un accident.

§ II. — Définition du mot invalidité.

Maintenant que nous avons délimité le domaine propre de la maladie, en éliminant, d'une part, l'accident, et d'autre part, la maternité, nous nous trouvons en face d'un problème analogue en ce qui concerne l'invalidité. Pour le résoudre, nous devons préciser le sens d'un mot qui prête singulièrement à l'équivoque; il s'agit d'un de ces termes vagues, dont on trouve les définitions les plus diverses et les plus discordantes.

Nous ne nous attacherons pour le moment qu'à déterminer la nature intrinsèque de l'état invalidité, qu'à en distinguer les caractères essentiels, réservant pour plus tard

les questions relatives à sa durée, aux degrés et aux modalités dont il est susceptible; ces dernières difficultés relèvent, en effet, beaucoup plus du risque invalidité, du problème de l'assurance elle-même, et trouveront logiquement leur place dans la deuxième section de ce chapitre.

Pour arriver au résultat que nous proposons d'atteindre ici, nous emploierons la méthode adoptée dans le paragraphe précédent : partant d'un concept très large, nous le resserrerons progressivement, pour arriver, en définitive, à une notion restreinte et précise de l'invalidité proprement dite.

Considérée à un point de vue tout à fait général, l'invalidité est la condition de l'individu qui est incapable de travailler. C'est là une définition assez vague; basée, non pas sur la nature propre d'un état déterminé, mais sur les conséquences que cet état a entraînées, elle est susceptible de renfermer des objets très divers : les mêmes effets sont souvent le produit de causes différentes et parfois tout à fait opposées. C'est ainsi que l'incapacité de travail peut être le résultat de phénomènes variés; certes, toutes les manifestations groupées de cette façon, sous le terme générique d'invalidité, sont réunies l'une à l'autre par un lien commun; leur expression objective est toujours l'impossibilité où se trouve l'individu de travailler, pour des motifs d'ordre personnel et physiologique (on exclut, par cette dernière précision, les causes économiques, telles que le chômage, qui ont également pour corollaires la perte du salaire et le déséquilibre du budget familial).

Mais l'assimilation doit se borner à cette analogie de conséquences. Comme nous allons le voir, les différentes situations, qui entraînent une incapacité de travail, se distinguent essentiellement l'une de l'autre par leur nature propre et leurs causes particulières. Nous les examinerons successivement pour écarter celles qui ne rentrent pas normalement dans le cadre de l'invalidité proprement dite.

DISTINCTION ENTRE LA VIEILLESSE ET L'INVALIDITÉ

A première vue, ces deux notions paraissent se confondre. La confusion d'ailleurs n'est pas purement théorique. Dans la pratique, elle a été faite fréquemment et ce sous deux formes différentes. Pour les uns, la vieillesse est l'état principal auquel il convient de s'attacher, l'invalidité n'étant considérée que comme une vieillesse anticipée. C'est sous cet aspect que le législateur français des retraites ouvrières a envisagé la question; se préoccupant presque exclusivement des retraites d'âge, il a admis que, dans certains cas, l'entrée en jouissance de la pension pourrait être avancée, en faveur des individus qu'une infirmité aurait terrassés prématurément.

Pour d'autres, le législateur allemand par exemple, c'est l'invalidité qui a surtout retenu l'attention et alors la vieillesse n'a pas à proprement parler le caractère d'un risque spécial, c'est simplement une cause particulière d'invalidité.

Nous dégageant des considérations pratiques, qui ont pu faire adopter cette manière de voir, et comparant entre eux les deux problèmes, nous constatons des différences très sensibles.

Tout d'abord, un contraste se manifeste entre les deux risques, au point de vue de leur réalisation; alors que l'invalidité causée par la vieillesse intervient légalement à un âge fixé arbitrairement par le législateur, l'invalidité prématurée, au contraire, frappe le travailleur en pleine force et le prive de son salaire à n'importe quel moment de son existence. Le premier n'a donc pas, à proprement parler, tous les caractères d'un risque; il peut évidemment ne pas se produire, si la mort vient faucher l'homme en pleine maturité, mais, s'il se réalise, on sait d'avance à quelle époque. L'autre, au contraire, est bien un risque dans toute l'acception du terme, c'est même un risque terrible, puisqu'il échappe à toute prévision et qu'il peut atteindre l'ouvrier à peine entré dans la

carrière, avant qu'il lui soit possible de mettre quelque argent de côté.

La constatation de la vieillesse est une chose facile, dont la preuve se fait par la production d'un simple acte de naissance. Pour vérifier l'état d'un invalide, il faut, au contraire, avoir recours à un examen médical approfondi. D'où la nécessité, pour une assurance, d'organiser des mesures de protection spéciales contre la fraude, mesures que peut ignorer l'assurance-vieillesse.

En outre, la nature même de ces deux états est loin d'être identique. Un individu, que la sénilité oblige au repos, peut fort bien ne pas être malade; ses forces l'ont abandonné, il ne peut plus travailler, mais il peut néanmoins ne pas avoir besoin de soins médicaux et pharmaceutiques. A l'inverse, l'invalidé anéanti par la maladie devra se soigner jusqu'à la guérison; la plus stricte humanité nous oblige, en effet, à traiter toutes les affections, qu'elles soient considérées ou non comme curables, des guérisons étant d'ailleurs toujours possibles, même dans les cas les plus désespérés.

De plus, le vieillard, qui a atteint l'âge fixé par la loi pour bénéficier de sa pension de retraite, jouira de cette dernière jusqu'à sa mort, c'est-à-dire jusqu'à l'arrivée d'un événement facile à constater. Par contre, comme nous le verrons plus loin (1), l'invalidé n'est pas forcément incurable, son état est susceptible d'améliorations. Il peut, non seulement recouvrer une partie de son ancienne capacité de travail, mais encore se guérir complètement. A l'opposé de la vieillesse, l'invalidité est un état sujet à revision et nécessité, par conséquent, un contrôle particulièrement sévère.

On ne peut pas dire, d'autre part, que l'invalidité soit de la vieillesse prématurée. Nous en trouvons la preuve dans la statistique résultant des observations de la caisse d'assurance contre l'invalidité, pour la ville de Berlin. En 1905, cet éta-

(1) Conf. page 57.

blissement constate que, sur 100 cas d'invalidité 5,4 seulement, pour les hommes, et 9,7, pour les femmes, sont le résultat de la faiblesse sénile, les autres provenant exclusivement de maladies diverses, parmi lesquelles, il faut citer, pour être juste, une affection propre à la vieillesse, mais qui, néanmoins, conserve le caractère de maladie : l'artériosclérose, qui cause chez les hommes 14,4 et chez les femmes 16,1 cas d'invalidité (1).

Nous sommes donc en présence de manifestations vitales de nature différente, qui, par cela même, ont pu, dans certains pays, être soumises chacune à une réglementation spéciale. L'Angleterre nous en fournit le meilleur exemple, puisqu'elle organise la protection contre l'invalidité par une loi d'assurance (2), et qu'elle garantit le travailleur contre le risque de vieillesse, par un système entièrement distinct, qui repose uniquement sur l'assistance (3).

Quoi qu'il en soit, le domaine de chacun de ces risques pouvant être étroitement délimité, nous laisserons volontairement de côté la question de la vieillesse, qui présente à elle seule un réseau serré de problèmes spéciaux, pour réserver le nom d'invalidité à l'incapacité de travail prématurée, ayant une cause d'ordre pathologique.

DISTINCTION ENTRE L'INVALIDITÉ ACCIDENTELLE ET L'INVALIDITÉ NATURELLE

Cette première étape franchie, dans la recherche d'une définition restreinte du mot invalidité, nous nous trouvons maintenant en face de l'incapacité de travail résultant exclusivement d'un trouble organique, d'une altération quelconque de la santé. C'est là encore un sens trop large, car il

(1) Rapport présenté par M. FUSTER au Congrès de Nice des Sociétés de secours mutuels.

(2) « National insurance act », du 16 décembre 1911.

(3) Loi du 1^{er} août 1908.

comprend, comme le mot maladie considéré à un point de vue général, des affections de natures très diverses : l'invalidité peut être accidentelle ou naturelle, c'est-à-dire être le résultat d'un accident ou d'une maladie.

Pour les mêmes raisons que celles qui nous ont fait écarter l'accident du cadre de notre étude, nous éliminerons ici l'invalidité accidentelle, qui possède les mêmes caractéristiques.

Nous ne reviendrons pas sur les motifs exposés dans la première partie de ce chapitre; nous mentionnerons seulement un sujet nouveau de distinction, basé cette fois sur des considérations techniques.

La valeur des deux risques est loin d'être équivalente; on évalue, toutes choses égales d'ailleurs, la charge imposée par l'accident, à 25 ou 30 % de celle résultant de l'invalidité naturelle (1). *La Fédération neutre de Charleroi* a secouru (de 1891 à 1899), 17.457 journées d'incapacité, pour les accidents, et 43.115, pour les maladies, soit 30 %. *La Fédération des Mutualités chrétiennes du Hainaut* accuse, pour 1903, 4.760 journées de secours pour blessures, sur un total de 19.621 journées indemnisées, soit environ 25 %.

D'autre part, en Allemagne, les travaux de Zimmermann pour les chemins de fer, de Morgenbesser pour les mines, montrent que les deux sortes d'invalidité sont soumises à des règles différentes, spécialement en ce qui concerne la mortalité (2). Celle des invalides accidentels est très nettement inférieure à celle des invalides naturels. Ce fait est d'ailleurs connu depuis longtemps, il fut notamment signalé par Behm, lors des travaux préparatoires de la loi allemande sur les accidents. Behm admet, en se basant sur la mortalité

(1) Mémoire de M. DUBAR, *op. cit.*

(2) « Le risque de mort naturelle d'après l'expérience anglaise et la statistique des ouvriers en soie de Lyon est 22 fois plus grande que le risque de mort accidentelle. » (Rapport de M. FONTAINE à l'Exposition internationale de 1889. — Section sociale.)

des invalides en général, que la moitié des invalides, dont un accident a causé l'incapacité de travail, conserve la même vitalité que la population normale, alors que l'autre moitié obéit à la loi de mortalité des invalides en général. C'est là un motif de plus, pour exclure les questions relatives à l'invalidité accidentelle.

Nous arrivons ainsi à la définition restreinte de l'invalidité proprement dite, c'est-à-dire de l'incapacité de travail résultant de la maladie, et c'est avec ce sens étroit que nous entendrons désormais cette expression.

Avant de passer à un autre ordre de problèmes, il nous paraît intéressant de signaler la part occupée, dans la notion d'invalidité naturelle, par les principales maladies. La statistique de la caisse d'invalidité de Berlin (1) nous procure, à ce sujet, des renseignements utiles : sur 100 cas d'invalidité, constatés parmi l'élément masculin assujetti à cet établissement, 30,4 sont dus à des maladies des poumons et des bronches et 20,9, en particulier, à la tuberculose pulmonaire; 17,4, aux affections nerveuses, 3 aux maladies des yeux et 13,8, aux maladies des os et des articulations. C'est donc la tuberculose qui est une des causes les plus caractéristiques de l'invalidité. D'après la statistique médicale des caisses d'invalidité allemande (2), sur 100 pensionnés entre 30 et 40 ans, une quarantaine étaient tuberculeux. Bien plus, si l'on considère seulement l'industrie, sur 100 jeunes hommes invalides avant l'âge de 35 ans, la moitié, et, parmi les plus jeunes, les 2/3 étaient tuberculeux; la proportion ne tombe que très lentement : parmi les ouvriers de 40 à 50 ans obligés de s'arrêter, 1 sur 4 était tuberculeux (3).

(1) Voir page 30.

(2) Cette statistique a porté sur 316.000 personnes reconnues invalides (1896-1899).

(3) Il faut remarquer que l'invalidité naturelle ne provient pas exclusivement d'une maladie. Elle peut résulter également d'une infirmité congénitale, pour ceux qui sont de naissance sourds-muets, aveugles, contrefaits, idiots ou déments.

Les statistiques de mortalité de la caisse de Leipzig (1905) viennent montrer, avec plus de force encore, les ravages terribles de cette effroyable maladie : 1 décédé sur 4 est un tuberculeux âgé de moins de 45 ans; chez les femmes, la situation est plus lamentable encore : sur 100 femmes qui meurent, 42 sont des tuberculeuses et, sur ce chiffre, il y en a 76 % qui n'ont pas encore 30 ans.

Quel discours montrera mieux que ces chiffres la tristesse de la situation et la nécessité absolue d'apporter à ces maux un remède efficace?

Ainsi se trouve déterminée la nature intrinsèque des états pathologiques que nous nous sommes proposé d'examiner dans cet ouvrage. Par l'exclusion successive de l'accident, de la maternité et de la vieillesse, notre champ d'action s'est progressivement réduit, pour ne plus comprendre maintenant que l'état maladie sous toutes ses formes.

DEUXIÈME SECTION

DÉFINITION DES RISQUES MALADIE ET INVALIDITÉ

La première question qui se pose, la question primordiale car de sa solution dépendra toute la construction de l'édifice, est celle de savoir dans quels cas précis l'assurance devra intervenir. Partant de cette idée qu'on veut protéger le travailleur contre les risques de maladie et d'invalidité, il faut se demander quelle devra être la définition législative de ces risques, c'est-à-dire, quelles conditions seront nécessaires pour que soit ouvert le droit aux prestations de l'assurance.

Nous examinerons ce problème, ainsi que les solutions positives qui en ont été données, d'abord pour la maladie,

ensuite pour l'invalidité, et enfin, nous rechercherons la distinction que devra établir le législateur entre ces deux manifestations pathologiques.

§ I. — Définition du risque maladie.

Avant de rechercher une formule convenable pour traduire exactement la notion du risque maladie, il est nécessaire de préciser les caractéristiques essentielles de ce concept ; suivant l'idée que l'on se fera de la nature propre du risque, et du rôle dévolu à l'assurance, les définitions seront sensiblement différentes.

Deux théories distinctes se font jour à ce sujet : la première se base sur ce fait que le péril, qui menace la famille ouvrière, est bien moins la maladie elle-même (fléau commun à toutes les classes de la société), que les conséquences terribles qu'elle entraîne dans le monde des travailleurs. Pour ceux-ci, le point noir véritablement inquiétant, le gros danger qui reste suspendu sur leurs têtes, c'est l'éventualité d'un chômage forcé, par suite d'une affection quelconque, c'est l'incapacité de travail qui, entraînant la perte du salaire, les plongera, eux et les leurs, dans la détresse la plus complète, dans le dénûment le plus absolu.

Considérant le risque maladie sous ce jour particulier, on est amené logiquement à réserver le bénéfice de l'assurance aux ouvriers qu'une situation morbide oblige à cesser le travail. « Il n'y a pas à envisager la valeur littérale ou scientifique de la maladie, mais sa valeur quant aux conséquences dont elle est la cause, c'est-à-dire : l'incapacité de travail (1). » « La maladie, qui met en mouvement le service des secours, ce n'est pas toute altération de ce fonctionnement normal des organes qu'on appelle la santé, c'est toute affection de l'orga-

(1) Mémoire présenté par M. DEBAR au IX^e Congrès national des Sociétés de secours mutuels tenu à Nice en 1907.

nisme ayant pour conséquence d'entraîner une incapacité de travail (1). »

Avec une telle manière de voir, on arrive à la notion d'une assurance contre une espèce particulière de chômage involontaire, et la définition du risque maladie devient relativement facile, celui-ci se résolvant finalement en l'impossibilité absolue où se trouve l'assuré de continuer son service. Cet état de fait sera constaté, d'une manière ou d'une autre, généralement par un certificat médical, et le malade sera celui qui fournira la preuve de son incapacité de travail.

C'est la méthode adoptée par la loi néerlandaise (2) et par certaines sociétés de secours mutuels, qui exigent même, parfois, que le sociétaire garde le lit ou, tout au moins, la chambre.

A cette théorie, on en oppose une autre, qui s'en différencie essentiellement; à l'inverse de la précédente, celle-ci ne s'attache pas aux effets indirects de la maladie, mais s'inspire de l'état morbide lui-même. Le rôle de l'assurance ne sera plus uniquement de compenser la perte du salaire, mais de donner aux assurés les soins nécessités par leur état (3); on aura alors affaire à une véritable assurance contre la maladie, qui, dans un homme souffrant, verra le malade et non pas seulement le chômeur. Le risque prendra de ce fait une extension plus grande, qui tendra à le confondre avec l'état maladie, mais il sera beaucoup plus difficile à

(1) GUILHAUMON, *Les sociétés de secours mutuels et leur concours à l'assurance ouvrière*, p. 79.

(2) Loi n° 204 du 15 juin 1913.

(3) Comme on le voit, la distinction trouve son application pratique dans les divers modes d'indemnisation du risque : les pays, qui ne considèrent que l'incapacité de travail, n'accordent aux malades qu'une indemnité pécuniaire; les autres allouent les soins médicaux et pharmaceutiques. Cette question fera par suite l'objet de développements particuliers dans le chapitre suivant. Remarquons seulement ici que les lois qui allouent à la fois des prestations en espèces et en nature n'accordent les premières qu'en cas d'incapacité de travail et les deuxièmes depuis le début de la maladie.

préciser : la théorie précédente s'appuyait, pour établir sa définition, sur des considérations objectives, maintenant, il faut s'en tenir à la notion de l'affection proprement dite, indépendamment de ses conséquences. Or, la douleur est une impression purement subjective et personnelle, qu'il est impossible de caractériser dans un texte rigide; ses manifestations sont trop variées, pour qu'une loi puisse déterminer, à l'avance, les cas d'espèce qui seront qualifiés maladie, et qui, par suite, mettront en mouvement le système de protection.

De prime abord, il semble qu'il soit nécessaire de s'en remettre, comme tout à l'heure, à une observation de fait, directe et spéciale, à un examen médical. Peut-on déclarer officiellement un individu malade, avant que le médecin ne l'ait reconnu comme tel? N'est-ce pas là qu'il faut chercher le critérium? La solution paraît être trouvée, mais, si on approfondit quelque peu le sujet, on s'aperçoit qu'il n'en est rien. En effet, le fait, pour un assuré, d'aller consulter le praticien de la caisse constitue déjà une prestation de celle-ci et, ce qu'il faut déterminer, ce sont les conditions, qui permettront au travailleur de bénéficier de cette consultation initiale.

Comme il est impossible de les fixer au préalable, on est contraint de s'en rapporter, à l'origine, au jugement de l'assuré lui-même. C'est lui qui ressent les souffrances et qui peut savoir s'il lui faut suivre un traitement. On ne pourra donc donner du risque maladie qu'une définition très vague, qui laissera à l'assuré, sous réserve d'un certain contrôle, le pouvoir, par l'appréciation libre de son état, d'aller trouver le docteur lorsqu'il en reconnaîtra le besoin. Considérée au point de vue de l'assurance, la maladie est, par conséquent, la condition de l'individu, dont l'état de santé paraît nécessiter des soins.

Obligées de comprendre ce mot avec un sens aussi large, les diverses législations sociales n'ont pas jugé utile de le

définir. Aucune d'elles n'a déterminé ce qu'elle entendait par le risque maladie. Elles se sont contentées de prévoir les divers secours à allouer, « en cas de maladie », ou « aux membres malades », sans qu'aucun article ne vienne préciser la situation.

Le problème de la définition proprement dite du risque étant ainsi résolu, nous devons, pour que l'examen de la question soit complet, envisager à présent certaines maladies spéciales, qui ont pu quelquefois faire l'objet de mesures particulières. Telles sont les maladies professionnelles, mentales et vénériennes.

MALADIES PROFESSIONNELLES

Les affections, que l'on désigne ordinairement sous le nom de « maladies professionnelles », sont « les différentes intoxications lentes, qui atteignent certaines catégories d'ouvriers appelés, par l'exercice de leur métier, à préparer, à manipuler, à utiliser des produits toxiques, dont ils absorbent journellement des doses plus ou moins importantes » (1). A la longue, ces poisons industriels agissent d'une façon pernicieuse sur l'organisme du travailleur, déterminant les affections les plus graves; on peut également considérer comme maladies professionnelles « les troubles frappant les ouvriers qui travaillent dans l'air comprimé, les pneumokonioses atteignant ceux appelés, par leur profession, à respirer certaines poussières, les dermatoses provoquées par les manipulations de certains produits » (2).

En résumé, il s'agit d'états morbides propres à un emploi déterminé, d'affections qu'un ouvrier n'aurait certainement pas contractées, s'il avait exercé un autre métier que le sien, de maladies, qui sont la conséquence directe et incontestable

(1) BRETON, *op. cit.*, page 30.

(2) BRETON, *op. cit.*, page 30.

d'un certain travail. Telles sont, par exemple, le saturnisme, ou empoisonnement par le plomb, et l'hydrargyrisme, ou empoisonnement par le mercure.

Étant donnée la relation assez étroite existant entre ces affections et l'occupation qui les a fait naître, on les a sou mises quelquefois à la même législation que les accidents du travail (1). Comme ces accidents, elles ont leur origine dans le fonctionnement de l'industrie, comme eux, elles constituent un véritable risque de la profession, et il paraît équitable qu'elles ouvrent, au profit de celui qu'elles atteignent, un droit égal à réparation. Il n'y a, d'ailleurs, aucune différence de nature entre un empoisonnement accidentel, dû à un brusque dégagement de gaz délétères, et l'empoisonnement lent et insidieux, par ces mêmes gaz, de l'organisme du travailleur.

Le risque professionnel du patron d'industrie pouvant couvrir, à la fois, l'accident du travail et cette catégorie spéciale de maladie, il nous paraît assez difficile de les dissocier ici. Du reste, il s'agit là d'une question extrêmement complexe et tout à fait distincte, dont l'examen appelle des développements, qui dépasseraient de beaucoup le cadre de cet ouvrage. N'ayant pour but d'étudier que l'assurance contre la maladie proprement dite, contre la maladie en général, nous sommes obligés d'écarter tous les problèmes spéciaux, quels que soient leur intérêt et leur importance.

MALADIES MENTALES

Dans un ordre d'idées tout différent, nous rencontrons une autre catégorie d'affections qui, elles aussi, méritent une attention particulière : ce sont les maladies mentales.

Pendant longtemps, les aliénés n'ont pas été considérés comme des malades; on ne voyait en eux que des individus dangereux pour les personnes qui les entouraient, contre

(1) Loi française du 25 octobre 1919.

lesquels il était nécessaire de se protéger; ayant uniquement pour but la défense de la collectivité, on envisageait exclusivement des mesures de police destinées à les empêcher de nuire; on se contentait de les enfermer dans des établissements spéciaux et c'était tout.

Peu à peu, au contraire, on a reconnu à l'aliénation mentale le caractère d'une véritable maladie, qui, comme telle, nécessite des soins, et, à l'heure actuelle, les malheureux déments reçoivent dans les asiles un traitement approprié. « Les psychopathes, c'est-à-dire les malades atteints d'affections mentales, ont droit aux soins que comporte leur état. Parmi eux, il est un nombre restreint, pour lesquels les mesures thérapeutiques doivent se doubler de mesures d'exception : mesures de police, de protection légale, en raison de leurs réactions anti-sociales; ce sont les aliénés » (1). Ceux-ci ne constituent qu'une petite partie des malades et tous doivent être soignés.

Aucune distinction fondamentale n'existe donc entre ces maladies et les affections ordinaires. Tout au plus, pourrait-on signaler quelques différences de détail : dans des cas déterminés, il faudra recourir à l'internement forcé, et d'autre part, l'individu privé de ses facultés mentales se rendant rarement compte de son état, l'intervention d'un tiers sera souvent nécessaire, pour que des soins puissent lui être donnés.

Ces particularités n'entament en rien l'analogie essentielle et ne s'opposent nullement à ce que l'aliénation mentale soit soumise à l'assurance.

D'ailleurs, les législations sociales ne l'excluent pas et, si certaines institutions, telles que nos sociétés de secours mutuels, lui refusent quelquefois leurs soins, c'est uniquement par survivance de l'ancienne conception, ou pour des motifs

(1) ANTREAUME, *Les principes généraux qui doivent régir l'assistance des psychopathes.*

d'ordre financier, en raison des dépenses importantes qu'entraîne son traitement.

MALADIES VÉNÉRIENNES

Il nous reste à examiner un dernier groupe d'affections, contre lequel certaines mesures d'exclusion ont été quelquefois prononcées : nous voulons parler des maladies vénériennes, des maladies résultant de l'intempérance, de l'ivresse. Les raisons invoquées, pour justifier leur élimination, reposent sur des considérations, à la fois techniques et morales.

Tout d'abord, on déclare que ces maladies ne constituent pas à proprement parler un risque : un risque c'est un événement incertain, sur la réalisation duquel la volonté de l'individu n'a aucun pouvoir, et ici, on est en présence d'une affection presque volontaire, d'une maladie résultant d'une faute intentionnelle, qui ne saurait faire l'objet d'une assurance.

C'est là un argument spécieux : la maladie vénérienne n'est pas une maladie « volontaire ». Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elle est le résultat d'une faute, et que cette faute n'aurait pas dû être commise, mais on ne peut pas en conclure qu'elle le fût précisément dans le but de contracter une affection et de provoquer la réalisation du risque. D'ailleurs, si on refusait le bénéfice de l'assurance à tous les états morbides qui sont le résultat d'une imprudence, on devrait élargir considérablement la liste, et on se heurterait à des difficultés pratiques insurmontables.

Ensuite, dit-on, ces affections spéciales résultent de la débauche : ce sont des maladies « honteuses », et les individus qui en sont atteints ne méritent pas qu'on s'intéresse à leur sort ; ils sont punis et ce n'est que justice.

Sans même discuter cette interprétation rigoureuse des principes de la morale, nous devons faire des réserves à son sujet, comme à propos de la théorie précédente. Les deux sortes d'arguments reposent en partie sur des données fausses. Certaine de ces maladies, en effet, et non la moindre, présente

un degré particulièrement grave de contagion et peut être transmise, rarement il est vrai, indépendamment de toute mauvaise conduite. Dans ce cas déterminé, aucun motif ne subsiste plus pour priver les malades du bénéfice de l'assurance.

D'autre part, en examinant la question, au regard, non plus de l'individu, mais de la société, on découvre l'obligation de soigner ces maladies, quelles que puissent être les raisons qui justifieraient leur exclusion. Cette nécessité apparaît à un triple point de vue. Tout d'abord, en raison des conséquences directes de l'affection, pour les malades eux-mêmes; si les syphilitiques, par exemple, ne reçoivent pas immédiatement des soins énergiques, leur état s'aggravera rapidement; exposés à la folie, à la paralysie générale, ils seront perdus pour la collectivité, et ainsi sera réduit le nombre des unités économiques du pays. De plus, comme nous l'avons indiqué brièvement, nous sommes en présence d'affections effroyablement contagieuses; les vénériens constituent un grave danger pour la santé publique, ils sèment, autour d'eux, le germe de la maladie qui les ronge et multiplient les foyers déjà trop nombreux d'infection. Enfin, et c'est peut-être à cause de ces conséquences héréditaires que l'intérêt d'une protection est le plus évident, les enfants des malades seront rachitiques, idiots ou infirmes, et l'état sanitaire général en sera gravement affecté (1).

Si l'on ajoute que le mal a pris une extension considérable, à la faveur du bouleversement causé par la guerre, on se rendra compte facilement de l'intérêt, pour l'État, d'engager une lutte efficace contre ce fléau et d'y faire participer toutes les institutions dans la mesure de leurs moyens. L'assurance étant une des organisations qui peut rendre les services les plus signalés à ce point de vue, il est nécessaire qu'elle fasse

(1) Il y a lieu de remarquer, qu'à part la contagion, les conséquences de l'alcoolisme sont sensiblement analogues.

bénéficier les vénériens de ses prestations. Ces affections particulières seront donc soumises au droit commun des maladies.

Nous n'avons, d'ailleurs, trouvé aucune législation qui les écarte (1) et, si les statuts de nos sociétés de secours mutuels contiennent encore fréquemment une telle clause, elle tend de plus en plus à disparaître, sous l'action des conseils donnés par l'Administration et grâce au sentiment élevé qu'ont les mutualistes de leurs devoirs sociaux.

§ II. — Définition du risque invalidité.

Nous avons ainsi terminé l'examen des problèmes posés par la définition du risque maladie et la délimitation de son domaine; nous nous trouvons maintenant en présence de questions analogues en ce qui concerne l'invalidité.

Le sens de ce mot ayant été ramené, dans la première section de ce chapitre, à la notion de l'incapacité de travail résultant de la maladie, nous n'avons plus, ici, qu'à exposer les difficultés particulières à l'invalidité naturelle. Comme nous le verrons, la définition législative de ce risque, cependant restreint, soulève une foule de complications, dont quelques-unes sont si importantes qu'elles ont pu engendrer des solutions positives presque opposées. La difficulté essentielle provient du caractère relatif de l'invalidité : état susceptible d'une infinité de degrés, et la première question qui se pose est celle de savoir si on tiendra compte de cette particularité dans l'organisation de l'assurance. En d'autres termes, cette dernière couvrira-t-elle uniquement le risque d'invalidité absolue, ou bien, s'appliquera-t-elle à l'invalidité même partielle? Se contentera-t-on de garantir le travailleur contre l'incapacité de travail totale, contre cette forme d'invalidité heureusement exceptionnelle, qui réduit l'ouvrier à l'état d'épave humaine, ou bien, accordera-t-on les secours, même dans le cas

(1) La loi allemande du 25 mai 1903 précise, au contraire, que les maladies vénériennes doivent être soignées comme les autres.

où la maladie aura seulement réduit la capacité de travail de l'intéressé?

La réponse théorique ne saurait faire de doute; si on veut faire une œuvre sociale vraiment utile, il semble nécessaire d'étendre l'assurance à l'invalidité partielle, toutes les fois que, par sa gravité, elle met le travailleur dans l'impossibilité de réaliser un gain suffisant pour lui permettre de vivre.

Cependant, plusieurs pays s'attachent exclusivement à l'invalidité totale. Pourquoi cette discordance entre la théorie et la pratique?

Cette assimilation des deux sortes d'invalidité fut souvent écartée, il faut bien le dire, à cause de l'accroissement considérable de dépenses qu'elle aurait entraîné. Le nombre des invalides partiels est beaucoup plus important que celui des invalides absolus, et leur admission au bénéfice de l'assurance aurait pour résultat d'augmenter, dans une très large mesure, les cas d'intervention de la caisse. C'est là une question de fait qu'il nous est impossible d'envisager d'un point de vue général.

A ce motif vient s'en ajouter un autre qui, lui, s'inspire des difficultés particulières d'application. Ainsi que le faisait remarquer M. Millerand (1), « si l'invalidité absolue est relativement très facile à reconnaître, on entre, au contraire, dans des complications extrêmes, quand il s'agit de déterminer l'invalidité partielle ». A la vérité, nous le verrons plus loin, la définition législative de l'incapacité partielle de travail soulève des problèmes d'une complexité inouïe.

Quoi qu'il en soit, pour les raisons que nous venons d'exposer, la France a, jusqu'à ce jour, réservé à l'invalidité totale le bénéfice des diverses organisations d'assurance; les quelques caisses qui, sous le régime de la loi du 1^{er} avril 1898, accordent des secours aux invalides, ne visent que les individus totalement incapables de travailler (elles exigent même,

(1) Chambre des Députés, séance du 31 janvier 1906.

parfois, que les bénéficiaires ne soient pas en état de se promener, ni de prendre certaines distractions comme la pêche, etc.). Il en est de même, pour les caisses de secours aux ouvriers mineurs et pour les institutions des retraites ouvrières et paysannes, qui ne s'occupent d'ailleurs qu'accidentellement d'assurance-invalidité, la vieillesse retenant presque exclusivement leur attention. L'Angleterre a adopté la même manière de voir. La loi du 16 décembre 1911, qui régit cette matière (1), prévoit des « allocations d'invalidité » (*disablement benefits*), tant que l'intéressé est « incapable de travail » (*incapable of work*). L'invalidité dont il s'agit, c'est l'invalidité absolue. Sans doute, le mémoire adressé par le Gouvernement au Parlement, après le vote du projet par la Chambre des Communes (2), ne contient aucune précision à cet égard. Il s'abstient même, dans la comparaison des régimes anglais et allemand, de noter la différence essentielle qui existe, à ce point de vue, entre les deux législations. (L'Allemagne prévoit des secours en cas d'invalidité partielle.) Cependant, cette interprétation du texte législatif anglais ne saurait faire de doute. Elle fut formellement consacrée au cours de son élaboration. Répondant à une question, M. Lloyd George dut reconnaître que, seuls, les individus frappés d'invalidité absolue recevraient une allocation. Bien plus, une définition analogue à celle de la loi allemande, ayant été proposée, fut repoussée par ce motif qu'elle soulevait « des questions délicates de calcul » (3).

Toutefois, les établissements anglais d'assurance, qui jouissent d'une certaine latitude pour accorder des allocations

(1) « Loi instituant l'assurance contre la perte de la santé, la prévention et la guérison de la maladie et l'assurance contre le chômage et réglant des objets accessoires, » désignée couramment sous le nom de : « National insurance act. »

(2) « The national insurance act 1911 together with official explanatory memoranda, » 1912, p. 5.

(3) Voir à ce sujet : BELLOM, *La définition légale de l'invalidité*, page 9 et suivantes.

supplémentaires, sont autorisés à comprendre, parmi celles-ci, « une allocation d'invalidité, à des membres qui ne sont même pas totalement incapables de travail » (1).

Si nous recherchons maintenant quelles sont « ces complications extrêmes, ces questions délicates de calcul », qui ont fait écarter le risque d'invalidité partielle, nous constatons, tout d'abord, qu'il faut délimiter étroitement l'étendue de cet état. On ne saurait dénommer invalide le travailleur qui n'a perdu qu'une faible partie de ses forces et qui peut se livrer à la presque intégralité de son occupation antérieure. Il est donc nécessaire de déterminer le degré de l'incapacité qui mettra en mouvement le système de l'assurance.

Comment apprécier cette réduction de la capacité de travail? Il est bien difficile d'en fixer directement la valeur. Ce n'est pas quelque chose de matériel, qui peut se mesurer exactement.

Laissera-t-on aux organes locaux d'assurance le soin d'évaluer le degré de l'incapacité? Chargera-t-on le docteur de fixer le pourcentage d'invalidité? C'est évidemment la solution qui pourrait le mieux tenir compte des cas d'espèce, mais l'arbitraire des caisses ne sera-t-il pas à craindre? ou, tout au moins, ne sera-t-on pas tenté de les accuser d'impartialité, même quand elles accompliront leur devoir avec justice et équité? C'est pourquoi, si la loi suédoise du 30 juin 1913 s'est contentée d'indiquer, que « sera considérée, comme atteinte d'une incapacité de travail, toute personne qui, par suite d'une maladie physique ou morale, est hors d'état d'assurer sa subsistance », la plupart des législations ont voulu préciser elles-mêmes les conditions qui donneront naissance au droit de l'assuré.

Il leur faut pour cela fixer les bases, d'après lesquelles seront calculés les divers degrés d'incapacité. L'invalidité résultant d'une maladie, son intensité proviendra principa-

(1) *National insurance act*, annexe IV, partie II, n° 5.

lement de la gravité plus ou moins grande de l'affection qui l'a engendrée. Aussi, a-t-on pensé à établir un barème rigide et forfaitaire, qui évaluerait l'étendue de l'incapacité de travail, dans chaque maladie déterminée. Il estimerait, par exemple, que telle affection entraîne une réduction du pouvoir de travail de 60 %, alors que telle autre ne le réduirait que de 40 %. Une telle façon de procéder se heurte à de sérieux obstacles. Tout d'abord, la même affection peut être grave ou bénigne, sans que la nature du mal soit modifiée et le barème devra tenir compte de ces différences. Ensuite, elle conduit nécessairement à la violation du secret professionnel des médecins. Enfin, elle contient une large part d'erreur; la réalité est extrêmement complexe. L'incapacité de travail n'est pas seulement fonction de la nature et de la gravité intrinsèque de la maladie; elle varie encore avec les individus, leur résistance physique, leur force de caractère et le genre de leur profession (1).

Cette méthode, qui néglige toutes ces variations personnelles, prête évidemment à la critique, mais elle a au moins le mérite de ne point créer d'équivoque, d'écarter le plus possible les chances de partialité et d'éviter les complications extrêmes que vont rencontrer les autres modes de calcul (2).

Si on veut, en effet, tenir un compte plus strict du caractère personnel de l'invalidité, on ne trouve aucun moyen pratique et rigoureusement exact, qui permette de l'évaluer directement; on est obligé de substituer à cette notion un concept plus tangible : celui de l'incapacité de gain. C'est, d'ailleurs, le véritable point de vue qui importe, car le risque consiste précisément en l'impossibilité où se trouve l'ouvrier de gagner de quoi se subvenir.

Il faut remarquer, en passant, que les deux choses sont

(1) Voir les développements à ce sujet aux pages 53 et 60.

(2) C'est cette méthode qui a été adoptée dans le projet de loi sur les assurances sociales, déposé sur le bureau de la Chambre, par M. Daniel VINCENT.

loin d'être identiques. Ainsi que le constate à juste raison M. Bellom, un ouvrier peut être physiquement capable de travailler, tout en se trouvant dans l'impossibilité absolue de gagner sa vie, et cela par des motifs inhérents à son état, les seuls qui importent ici : « Ce sera le cas d'un travailleur défiguré, qu'aucun patron ne consent à embaucher, parce qu'il inspire la répugnance, d'une ouvrière que la fétidité de son haleine exclut des ateliers de couture (1). »

Quoi qu'il en soit, ce qu'il faut rechercher c'est le salaire que peut gagner un ouvrier « en raison de son état physique » ; ce qu'il est nécessaire de définir, c'est l'appréciation abstraite de cette capacité de gain, c'est-à-dire qu'il faut se dégager de toutes les circonstances extérieures. Les taux des salaires sont essentiellement variables, en fonction des conditions économiques du moment, de l'état du marché du travail. D'autre part, un individu peut être employé par une âme charitable, qui lui accorde une rémunération tout à fait hors de proportion avec sa capacité de travail et les services qu'il peut rendre. Il est nécessaire de faire abstraction de toutes ces circonstances pour ne considérer que la rémunération du travail de l'invalidé, en fonction de son état de santé.

Comment estimer la valeur du salaire qui sera nécessaire à l'ouvrier pour vivre, comment fixer le taux, au-dessous duquel l'assuré sera admis à bénéficier des avantages de l'assurance ? Il paraît difficile d'indiquer dans la loi un chiffre fixe, car les appointements varient énormément, avec la profession, le lieu et le temps : si l'Autriche a pu prévoir, dans la loi du 16 décembre 1906, que la rente ne serait pas accordée à l'assuré qui gagnerait une somme supérieure à 600 couronnes, c'est qu'il s'agissait uniquement d'une catégorie spéciale de travailleurs, d'employés, et encore, une telle mesure peut engendrer des anomalies criantes ; en tout cas, elle nécessite une revision fréquente.

(1) BELLOM, *op. cit.*, page 17.

Dans un système d'assurance qui englobe tous les travailleurs d'un pays, on ne peut se contenter d'une méthode aussi simple, et il est nécessaire de se baser, non plus uniquement sur un taux arbitrairement fixé par la loi, mais sur la réduction qu'a fait subir effectivement au salaire l'incapacité partielle de travail (1).

Il semble qu'il suffise de comparer le salaire actuel de l'ouvrier (tel qu'il résulte de son état de santé), avec celui qu'il gagnait effectivement avant la maladie cause de l'incapacité de travail.

C'est certes la solution la plus simple, mais elle est susceptible d'entraîner de graves inégalités. Tout d'abord, elle tendra à favoriser la paresse et à supprimer l'énergie. En effet, si un ouvrier, au lieu de se faire porter malade au plus petit malaise, ne veut pas être à la charge de la caisse et persiste à travailler, la réduction de ses forces entraînera une diminution dans la productivité et, par suite, dans la rémunération de son travail. En prenant celle-ci pour base, ne craint-on pas de décourager les travailleurs honnêtes, et de les engager à cesser le travail dès que l'état de leur santé leur fera envisager une réduction appréciable du montant de leur paye?

D'autre part, les circonstances économiques pouvaient être telles que les conditions du travail, au moment où l'on se place, étaient, momentanément, ou très supérieures, ou très inférieures à la normale, par suite d'une production particulièrement active ou d'un chômage intense. Envisager simplement le salaire à la veille de l'invalidité, conduirait, alors, à confondre les oscillations économiques de la rému-

(1) A noter en passant que, quel que soit le système choisi pour la fixation du salaire maximum au-dessous duquel l'ouvrier aura droit à la pension d'invalidité, le taux qui sera adopté sera forcément arbitraire. la loi étant obligée de déterminer un chiffre fixe, valable pour tous les cas.

nération du travail avec la réduction, qui résulte de la dépression physique de l'ouvrier.

Pour obvier à ces difficultés, peut-être pourrait-on se baser sur un certain laps de temps et prendre une moyenne. Sans doute, cette méthode présenterait des avantages sur la précédente, mais elle offrirait d'autres inconvénients. L'ouvrier, par son zèle, son application, a pu accroître considérablement la valeur de son travail et, par voie de conséquence, ses appointements, et cela, dans les quelques années qui ont précédé sa maladie. Est-il juste qu'il n'en profite pas? De plus, pendant cette période, le chômage a pu le contraindre à accepter des besognes inférieures et mal rémunérées, et il n'est pas équitable qu'il souffre doublement d'une situation pénible, qu'il n'a pu éviter.

Une autre difficulté vient des déplacements possibles de l'ouvrier, au cours des quelques années sur lesquelles on calculera la moyenne. Il a pu habiter successivement des régions, où les traitements s'élèvent à des taux très divers. Doit-on logiquement tenir compte des salaires bas, qu'il a pu toucher ainsi, alors qu'il travaille, en dernier lieu, dans une grande ville, par exemple, où le coût de la vie est très élevé?

Devant ces difficultés, on est contraint de renoncer à prendre, comme terme de comparaison, la rémunération antérieure de l'invalidé, et il faudra se baser sur les appointements moyens des travailleurs valides.

Avant d'aborder l'examen des diverses théories, qui sont en présence à ce sujet, il est nécessaire de préciser que le rapprochement n'est possible que dans une même région. En effet, les conditions de l'existence sont extrêmement variables suivant les localités, et d'autre part, les salaires s'élèvent à des taux très différents (1). Pour que la compa-

(1) C'est ainsi que les calculs des commissions régionales ou locales fournissent respectivement comme indices du coût de la vie (dépense totale), en prenant comme base 100 en 1914, les chiffres : 297 à Paris,

raison soit juste, il faut qu'elle soit faite à l'intérieur d'un même ressort territorial.

Laissant de côté les questions relatives au nombre infini des divisions nécessaires, questions qui sont du domaine des faits, nous nous demanderons seulement dans quelle région on mettra en parallèle les diverses rémunérations. Devra-t-on considérer le lieu de la dernière occupation, ou bien l'endroit où l'invalidé a travaillé le plus longtemps, pendant les cinq dernières années par exemple. Si cette dernière solution fut quelquefois proposée (1), on y a vite renoncé, car elle entraîne les mêmes anomalies que le système précédent (en cas de chômage ou de résidence; pendant trois ans par exemple, dans une région où les salaires sont particulièrement inférieurs). Les différentes législations n'ont envisagé que la contrée dans laquelle travaillait l'ouvrier avant sa maladie. Il n'y a, d'ailleurs, aucun abus à craindre; pour l'invalidité résultant de la maladie, il paraît impossible que l'assuré effectue un déplacement, quelque temps avant de tomber à la charge de la caisse, dans le seul but d'augmenter le montant de sa pension.

On se basera donc, dans la région habitée dernièrement par l'invalidé, sur le salaire moyen des travailleurs bien portants. Mais immédiatement une autre difficulté se présente : quelle sera la catégorie de travailleurs envisagée?

Les uns, s'appuyant sur cette idée, que l'assurance ne doit intervenir qu'en vue de garantir à l'ouvrier un minimum

248 à Lyon et 412 dans la région Douai-Valenciennes (dernier semestre 1921). — (*Bulletin du ministère du Travail*, janvier, février, mars 1922, page 29.) D'autre part, en juin 1921, dans l'industrie du livre, les ouvriers gagnaient 22 francs à Lyon, 25 fr. 60 à Paris, 20 francs à Nantes (*Bulletin du ministère du Travail*, juillet, août, septembre 1921, page 285). Les peintres, qui, à Paris, sont embauchés à 24 francs, ne gagnent actuellement que 21 francs à Fontainebleau.

(1) Commission d'assurance et de prévoyance sociales. — Rapport du 22 novembre 1904. Chambre des Députés. Doc. Parl., n° 2083, p. 35.

d'existence, ont pensé qu'il convenait de prendre, comme terme de comparaison, le salaire des manœuvres, c'est-à-dire des travailleurs les moins rémunérés (1). Ce fut la solution du projet, présenté par la première commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre le 9 mars 1900 (2), et aussi celle de la loi allemande du 22 juin 1889 (art. 9). Cette théorie a évidemment le mérite de la simplicité mais, outre qu'elle procède à un nivellement par le bas, elle conduit à des inégalités choquantes. En effet, pour bénéficier de l'assurance, le travailleur à salaire élevé devra subir une réduction de sa capacité de travail proportionnellement bien supérieure à celle nécessaire aux manœuvres. Si on fixe, par exemple, le taux de la rémunération maxima à la moitié du salaire d'un manœuvre, ce dernier ouvrier bénéficiera de sa pension quand sa capacité de travail aura été diminuée de moitié, alors qu'un ouvrier d'une autre catégorie, qui gagne, par exemple, trois fois plus, devra, pour être déclaré invalide, avoir subi une réduction de sa capacité de travail d'un sixième.

De plus, si les cotisations exigées sont proportionnelles au salaire, il s'y ajoute encore une certaine part d'iniquité.

Aussi, cette manière de faire n'est-elle plus employée, et, à l'heure actuelle, on prend généralement comme base le salaire des ouvriers de la même profession. Or, pour que cette théorie s'applique dans toute sa rigueur, il faut tenir compte, non seulement de la profession, mais encore de différentes classes au sein d'un même métier, les salaires pouvant varier énormément avec la valeur professionnelle

(1) Une enquête personnelle nous a permis de constater, qu'en juin 1922, les manœuvres recevaient, à Paris, un salaire de 15 à 16 francs par jour, alors que les ouvriers ayant un métier gagnaient au minimum 24 francs.

(2) Chambre des Députés. Documents parlementaires, n° 1502, p. 27, art. 11.

de l'ouvrier, sa capacité et son expérience (1). C'est pourquoi, les législations sociales ont dû préciser qu'il s'agissait des travailleurs valides « de la même catégorie » (2), « des personnes de la même condition, ayant reçu une instruction analogue » (3), « des assurés ayant des connaissances et des capacités équivalentes » (4). Cette comparaison n'est pas sans présenter un grand nombre de difficultés. De plus, même appliqué avec la plus grande exactitude, ce système est loin d'être parfait, car il peut conduire à accorder des secours à un invalide, faisant partie d'une profession lucrative, alors qu'il gagne cependant un salaire supérieur à celui d'un manœuvre valide.

Cependant, il est plus équitable que le précédent, dans le cas où les primes versées par les assurés sont proportionnelles au salaire. De plus, il tient compte des différences d'intensité dans les besoins, de la variation de l'étalon de vie.

Après avoir résolu toutes ces questions, la définition du risque n'est pas encore obtenue. Pour tenir un compte exact, dans l'attribution des pensions d'invalidité, de l'état du travailleur et de ses forces, il faut encore considérer un autre côté de la question, la relativité partielle de l'invalidité à la profession. Si, dans certains cas d'invalidité générale, l'ouvrier est incapable d'exercer n'importe quel métier, dans d'autres, au contraire, il ne sera atteint que d'une invalidité professionnelle. Un tailleur, par exemple, pourra continuer

(1) A Versailles, les ouvriers peintres, notamment, gagnent actuellement de 24 à 30 francs par jour, sans même envisager les catégories de spécialistes (décorateurs, enduiseurs, etc...) dont le salaire dépasse encore ces chiffres.

(2) Roumanie, Loi du 27 janvier 1912.

(3) Luxembourg, Loi du 6 mai 1911 (art. 17). Une indication analogue se trouve dans le paragraphe 1255 du Code impérial allemand des assurances du 19 juillet 1911.

(4) Loi allemande, sur l'assurance des employés, du 20 décembre 1911 (§ 25). La comparaison se fait ici, non entre un employé et un autre employé de sa profession, mais entre l'employé et un employé de l'une quelconque des professions régies par la loi.

son travail, si l'affection dont il est atteint n'a d'autres conséquences que de le priver de l'usage de ses jambes, alors qu'un garçon de recettes ne pourrait, dans le même cas, continuer le sien. Cette invalidité professionnelle est elle-même susceptible de degrés : tantôt, elle sera spéciale, c'est-à-dire, que le malade sera simplement dans l'impossibilité d'occuper son ancien emploi ; tantôt, elle sera plus étendue, et l'invalidé ne pourra assurer, ni son service antérieur, ni un service ayant avec ce dernier une certaine analogie.

En présence de ces situations d'espèce, quelle devra être la règle à observer ? Devra-t-on accorder des secours, dès que l'individu ne pourra plus exercer son ancienne profession, ou dès que l'exercice de celle-ci ne lui procurera plus qu'un gain inférieur au chiffre minimum fixé par la loi ?

Cette mesure est logique dans le cas de courtes affections pour lesquelles il serait rigoureux d'obliger l'ouvrier à changer de métier ; mais, elle le paraît moins, quand on a affaire à l'invalidité, qui suppose nécessairement une certaine durée. Il se peut, en effet, qu'on qualifie ainsi d'invalidé un ouvrier qui pourrait gagner sa vie dans une autre profession et, dans ce cas, l'assurance conduirait à détruire toute velléité d'énergie chez le travailleur et l'inciterait à ne pas chercher, dans un nouvel emploi, le moyen de se procurer courageusement de quoi subvenir à ses besoins. Il serait, d'autre part, immoral que des secours fussent accordés à un individu qui peut gagner facilement sa vie.

Il semble donc qu'une loi d'assurance agira sagement, en exigeant des bénéficiaires des prestations, qu'ils tentent l'exercice d'une nouvelle industrie. Mais n'y a-t-il pas lieu d'éviter des exagérations ? Pourra-t-on obliger l'invalidé à entreprendre n'importe quelle fonction, que l'état de sa santé lui permet d'assumer ? C'est une conséquence un peu rigoureuse, devant laquelle on recule d'ordinaire. Le législateur ne se reconnaît pas le droit d'imposer une transformation radicale et souvent très pénible, dans la situation

d'un individu, et se contente habituellement de contraindre l'ouvrier à un travail, différent certes, « mais approprié à ses forces et à ses aptitudes et correspondant, dans une mesure raisonnable, à son instruction et à la profession qu'il a exercée jusqu'alors » (1).

Voilà de belles formules théoriquement très justes et très exactes, mais qui ne manquent pas d'être compliquées. Si on lit, en effet, la définition de l'invalidité donnée par la loi allemande, définition qui s'attache à préciser toutes les conditions que nous venons successivement de déterminer, on est effrayé de sa complexité (2). L'application d'un texte législatif de ce genre présente des difficultés presque inextricables. Les organes d'assurance doivent envisager une si grande diversité de problèmes, apprécier des situations si délicates, qu'on peut se demander si un tel amas de précisions ne va pas conduire au résultat qu'on voulait éviter : l'arbitraire des caisses (3).

Nous ne pouvons pas examiner en détail toutes ces com-

(1) Allemagne (Loi du 26 décembre 1911, § 1255). Solutions analogues au Luxembourg (Loi du 6 mai 1911, art. 17), en Suède (Loi du 30 juin 1913), au Danemark (Loi du 6 mai 1921, art. 3) et en Italie (Décret-loi du 21 avril 1919).

(2) « Est considéré comme atteint d'invalidité celui qui n'est plus en état de gagner, par un travail approprié à ses forces et à ses aptitudes et correspondant, dans une mesure raisonnable, à son instruction et à la profession qu'il a exercée jusqu'alors, le tiers de ce que des personnes de sa condition, saines de corps et d'esprit, ayant reçu une formation analogue et occupées dans la même région, gagnent d'ordinaire par leur travail. » (Code impérial des assurances du 19 juillet 1911, § 1255.)

(3) M. FUSTER a pu dire, à ce sujet, au Congrès de Nice des sociétés de secours mutuels : « Qu'elle est élastique la définition ! Si élastique, qu'au moment où les affaires vont mal, où la demande de main-d'œuvre baisse, les candidats à la pension se multiplient : l'incapacité de gain se transforme alors, aux yeux de tous les moins énergiques, moins chanceux et moins valides, en une simple incapacité de travail, lisez : en un chômage involontaire, si élastique, dirais-je encore, que le jour où le gouvernement s'effraya de voir augmenter démesurément le nombre des rentes, accordées chaque année au titre d'invalidité, il n'eut qu'à recommander, aux autorités locales de se montrer

plications. Les pages qui précèdent permettent, toutefois, une idée approximative de l'étendue du problème. Nous avons essayé d'y exposer les difficultés que l'on rencontre, dans la recherche d'une définition du risque invalidité, et les solutions très variées qui ont été données par les différentes législations. Parmi celles-ci, les unes, pour éviter un certain nombre d'écueils, ont sacrifié l'exactitude rigoureuse à la simplicité et à la clarté. Les autres ont franchi tous les obstacles, mais à chacun d'eux, ont dû se charger d'une précision nouvelle et elles sont arrivées au port, avec des définitions extrêmement compliquées, qui, si elles tiennent un compte plus strict des réalités, ne laissent pas d'entraîner de graves difficultés d'application.

§ III. — Distinction entre la maladie et l'invalidité.

Ce problème semble, au premier abord, devoir rentrer dans le cadre de la première section de ce chapitre et il a pu paraître surprenant, qu'au moment où nous délimitons le domaine de la maladie et de l'invalidité, par rapport à des situations extérieures, nous ne distinguons pas ces deux états l'un de l'autre. Si nous avons réservé l'étude de cette question, c'est uniquement parce qu'elle relève beaucoup plus de la définition du risque. A la vérité, la distinction ne résulte pas toujours d'une véritable différence de nature; elle est souvent une création arbitraire de la loi, imposée par des nécessités pratiques. C'est donc bien au point de vue de l'assurance, au point de vue du risque qu'elle intervient.

D'une manière générale, l'opposition entre la maladie

plus strictes dans leurs appréciations, et aux caisses de surveiller plus attentivement les rentiers, pour supprimer leurs rentes en cas de reprise du travail; et le nombre des rentes nouvelles baissa en trois ans de moitié. » (Compte rendu du Congrès, p. 796.)

et l'invalidité est très nette : le premier terme ne s'applique qu'à une affection curable, susceptible d'une guérison plus ou moins rapide, alors que le second désigne l'affection incurable, l'incapacité de travail définitive. C'est le sens exact de ces deux expressions; c'est aussi la signification du mot invalidité dans les législations sociales, qui n'ont en vue que la garantie contre le risque d'incapacité permanente de travail. Telles sont la loi française des retraites ouvrières, la loi suédoise du 30 juin 1913.

Mais cette distinction de principe, qui se heurte déjà dans la pratique, à certaines difficultés, se transforme complètement, dans les pays qui organisent parallèlement l'assurance contre la maladie et contre l'invalidité.

Dans ce cas, le législateur qui confie, en général, à des organes distincts le soin de garantir le travailleur contre ces deux risques (1), est appelé à élever une barrière entre le domaine des deux sortes de caisses. Comme nous le verrons plus loin, il s'inspire, pour le faire, de considérations d'ordres technique et pratique (réalisation assez rare du risque invalidité; coût élevé des soins à donner à l'invalidé, etc.). Ces motifs le conduisent logiquement à grouper, dans les attributions d'un même établissement, les risques qui sont sensiblement équivalents, et il est ainsi amené à assimiler, à l'invalidité proprement dite, certaines maladies, qui, tout en étant curables, nécessitent des soins très longs.

D'autre part, il est très difficile de distinguer, à coup sûr, une maladie curable d'une qui ne l'est pas. Est-il possible à un médecin de certifier qu'un malade ne guérira pas? N'avons-nous pas sous les yeux des exemples de personnes condamnées par tous les docteurs qui renaissent brusquement à la santé?

Certes, il y a des cas où le patient est inévitablement con-

(1) L'Angleterre ne distingue pas entre les deux sortes d'affections.

damné; il existe malheureusement encore trop de maladies dont on ne guérit pas, quelle que soit la résistance physique ou morale du malade. Mais, même dans ces situations désespérées, quelle preuve avons-nous qu'une découverte de la science ne viendra pas renverser toutes les théories sur ce point, avant la disparition de la personne atteinte ? Le nombre des affections incurables n'a-t-il pas été restreint, dans des proportions considérables, grâce aux travaux merveilleux de nos savants ?

Quoi qu'il en soit, dans beaucoup de cas, on ne peut guère que présumer la nature de la maladie, et on ne peut pas employer avec une sûreté absolue le qualificatif de curable ou d'incurable.

Cette considération pratique, s'ajoutant aux raisons techniques, a fait grouper sous le nom d'invalidité : l'invalidité permanente, c'est-à-dire celle qui répond exactement à la définition du mot, et l'invalidité temporaire, c'est-à-dire la longue maladie. Il s'ensuit qu'en fait, au point de vue de l'assurance, la distinction entre les deux sortes d'affections se résoud finalement en une simple différence de durée. La maladie comprendra les courtes affections, l'invalidité désignera, au contraire, les affections de longue durée et, par là même, les cas d'incurabilité.

C'est au législateur qu'il appartiendra de limiter les deux périodes, et c'est pourquoi les diverses lois d'assurance précisent, généralement, que l'invalidité comprendra, outre l'incapacité de travail permanente, « l'incapacité de travail temporaire, au delà de seize semaines » (1), « à partir d'une durée de vingt-six semaines » (2), ou après un an (3).

En somme, la différence de fait devient quelque chose d'assez variable suivant les pays. Au lieu d'une distinction

(1) Roumanie. Loi du 27 janvier 1912.

(2) Allemagne. Loi précitée, § 1255. — Angleterre. Loi précitée art. 8. — Luxembourg, art. 20. — Pays-Bas. Loi du 5 juin 1913.

(3) GLARIS, Loi du 7 mai 1916.

nette et rigide, nous sommes amenés à constater que c'est bien plutôt l'œuvre conventionnelle et arbitraire du législateur, qui différencie les deux états, et ainsi se trouve justifiée la place de ce problème dans la section réservée à l'étude des risques.

APPENDICE

Nous ne voulons pas clore ce chapitre, réservé aux définitions respectives des états et des risques maladie et invalidité, sans insister particulièrement sur une idée déjà émise succinctement au cours des pages précédentes, sur la part de subjectivité existant dans ces deux catégories d'affections.

Laissant de côté les dangers de partialité dans la détermination des divers états, les risques très grands de fraude et de simulation de la part des malades, problèmes qui viendront à leur heure, nous n'envisagerons ici que le cas d'un assuré entièrement de bonne-foi.

Ce que nous voulons signaler, c'est la différence très sensible des conséquences de la même affection, suivant les individus. La maladie n'est pas un état absolu, c'est, au contraire, une affection d'un organe déterminé, et par là même, une situation essentiellement relative. Dans la notion de maladie, il y a deux choses distinctes : un trouble morbide quelconque et un milieu dans lequel ce trouble se développe. Ces deux éléments ne sont pas sans réagir l'un sur l'autre et il s'ensuit que l'état pathologique n'a pas une valeur propre, intrinsèque, mais qu'il est fonction de la nature du sujet qu'il atteint. Sa violence particulière différera donc sensiblement, suivant la force de résistance des personnes auxquelles il s'attaque. L'intensité de la même maladie sera très variable suivant la constitution des malades, à tel point qu'on pourrait presque dire qu'il y a un état morbide différent par individu. Les uns souffriront peu, alors que d'autres moins robustes seront terrassés. Les uns gué-

riront facilement d'une affection grave par elle-même, alors que d'autres seront emportés par une maladie bénigne.

La subjectivité du mal ne se borne pas à cette considération d'ordre purement physique. Le point de vue moral intervient également avec beaucoup de vigueur. Cela est si vrai que, dans certains cas, c'est le côté qui retient le plus l'attention du médecin. Mais cette manifestation du moral est presque impondérable et il est difficile d'en tenir compte. On la trouve, avec plus de force encore, dans l'incapacité de travail, qui est loin d'être seulement la résultante de la maladie elle-même : la force de volonté, le caractère plus ou moins bien trempé de l'intéressé interviendront; alors qu'un individu considérera, avec la plus entière bonne foi, qu'il est incapable de travailler, un autre, atteint au même degré que lui, de la même affection, sera encore en mesure de fournir un certain travail.

Ces constatations, propres aux deux risques sociaux qui nous occupent, viennent ajouter un problème de plus à ceux déjà très complexes de l'organisation de l'assurance. Si on voulait tenir un compte exact de toutes les conditions particulières, de toutes les considérations personnelles à chaque individu, on arriverait fatalement à des complications telles que l'application en deviendrait presque impossible.

Il faut bien se dire que toute œuvre humaine est faillible, et que les procédés adoptés entraîneront forcément, dans la pratique, quelques inexactitudes. Le seul but qu'on doit alors se proposer, n'est pas de construire une organisation parfaite, ce qui serait au-dessus de nos forces, mais de se rapprocher le plus près possible de la réalité, d'adopter la méthode la plus juste et la plus rationnelle. bref, entre deux maux de choisir le moindre.

CHAPITRE DEUXIÈME

INDEMNISATION DU RISQUE

- 1^o Nature des prestations de l'assurance : secours en argent ou secours en nature. — Diverses prestations.
- 2^o Modalités dont ces prestations sont susceptibles.

Dans le chapitre précédent, nous avons indiqué les différents problèmes posés par la définition du risque et les solutions positives données à chacun de ces problèmes. Ces questions étant supposées résolues, le domaine de l'assurance se trouve étroitement délimité : on sait ce qu'est le risque maladie, ce qu'est le risque invalidité; on connaît, par conséquent, les cas dans lesquels les assurés pourront prétendre au bénéfice de l'assurance.

Maintenant, il faut se demander, non plus quand l'assurance devra intervenir, mais comment elle interviendra, en d'autres termes, sous quelle forme le risque sera indemnisé.

Nous consacrerons à cette étude deux paragraphes : dans le premier, nous passerons en revue les diverses prestations des caisses, et dans le second, nous examinerons les modalités dont ces prestations sont susceptibles.

§ I. — Nature des prestations de l'assurance.

Le problème de l'indemnisation du risque se pose, dès l'abord, sous la forme d'une grande question de principe qui domine toute la matière. Ainsi que nous l'avons brièvement signalé dans le chapitre précédent, on peut concevoir une assurance maladie-invalidité sous des aspects presque opposés : on peut se borner à compenser, par l'allocation d'une certaine somme d'argent, la perte du salaire causée à l'ouvrier par sa maladie, ou bien, voulant faire une œuvre vraiment réparatrice, on peut assigner à l'assurance une mission beaucoup plus élevée et aussi bien plus compliquée : à savoir la charge de soigner les malades. Nous examinerons ce problème, en recherchant les avantages et les inconvénients respectifs de chacun de ces deux modes d'indemnisation : secours en argent ou secours en nature.

Avant d'aborder cette étude, il nous faut insister sur un point souvent laissé dans l'ombre. La difficulté rencontrée pour établir une distinction précise entre la maladie et l'invalidité nous a conduit à fixer une limite arbitraire entre ces deux manifestations pathologiques, et par conséquent, à comprendre dans l'invalidité des maladies curables. Ces affections nécessitent donc, au même titre que la maladie proprement dite, l'intervention du médecin et du pharmacien, et il en résulte que le problème de l'indemnisation, en nature ou en argent, se pose, avec la même intensité, pour les deux ordres d'affections. C'est donc à un point de vue tout à fait général que nous l'examinerons.

Ceci posé, il convient de rechercher quel est le plus avantageux des deux modes d'allocation. Pour apprécier leur valeur respective, nous adopterons le critérium suivant : nous les étudierons au triple point de vue de l'assuré, de la caisse et de la société. En effet, les buts, que se propose d'atteindre toute assurance sociale, ne sont pas seulement de protéger une certaine catégorie de personnes contre les

maux qui les menacent, mais encore de protéger la collectivité tout entière contre les conséquences de ces maux; les prestations d'une assurance doivent donc, pour être efficaces, présenter des avantages, pour la société comme pour l'individu. De plus, dans toute organisation, quelle qu'elle soit, il faut tenir compte de l'application pratique, des répercussions possibles de telles ou telles mesures et, par conséquent, envisager, en l'espèce, l'influence que peuvent avoir les deux modes d'indemnisation sur la marche régulière et normale des institutions d'assurance.

INDEMNITÉ PÉCUNIAIRE

Le système de l'allocation pécuniaire a, dit-on, le mérite de couvrir le véritable risque qui menace les travailleurs; celui-ci n'est pas, à vrai dire, la maladie elle-même, mais bien plutôt le chômage qui en est la conséquence; c'est la perte du salaire qui entraîne pour la famille ouvrière des effets désastreux; c'est elle qui réduit le travailleur à la misère, qui lui enlève les moyens de se soigner utilement et d'assurer l'entretien des siens. Donner au malade une indemnité qui remplacera le gain perdu, c'est le garantir contre les manifestations néfastes du risque. Avec cet argent, l'ouvrier pourra, non seulement subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille, mais encore se soigner, payer le médecin et le pharmacien.

Ce procédé présente de plus un avantage moral : il élève le travailleur, lui donne la conscience exacte de sa responsabilité; il laisse à l'assuré le soin de répartir à sa guise le montant de l'indemnité entre les dépenses les plus urgentes, de décider s'il lui faut recourir fréquemment ou non à l'intervention du docteur..., etc.

Mais, cette liberté, ainsi laissée à l'ouvrier pour l'affectation de l'indemnité à ses divers besoins, ne va pas sans quelques inconvénients. N'y a-t-il pas lieu de craindre, dans certains cas, un mauvais emploi de l'allocation? Si beaucoup d'ouvriers, sérieux et raisonnables, réserveront, pour

les soins médicaux et pharmaceutiques, les sommes nécessaires, il en est d'autres qui iront dépenser au cabaret le montant de ces indemnités, négligeant leur maladie et laissant quelquefois leur famille sans aucune ressource. Cette crainte n'est pas purement théorique, les législations d'assurance ont dû s'en préoccuper, et beaucoup d'entre elles (1) ont* prévu qu'en cas de mauvais emploi des secours en argent, ceux-ci seraient, ou bien versés à une tierce personne, ou bien remplacés par une allocation en nature.

Sans même envisager ces cas heureusement exceptionnels, on trouvera une certaine quantité d'assurés qui hésiteront, au préjudice de leur santé, à dépenser les sommes importantes nécessitées par des soins compliqués, par certains médicaments particulièrement coûteux. Ayant à choisir entre plusieurs sortes de dépenses, ils préféreront restreindre la part destinée à leur traitement pour consacrer la plus grande partie de l'allocation à la satisfaction de besoins secondaires, à l'achat de produits inutiles ou tout au moins non indispensables. Ne réservant ainsi qu'une somme trop faible à la cure de la maladie, l'assuré ne se soignera pas convenablement; sa guérison sera retardée, si elle n'est pas définitivement compromise.

Ce résultat néfaste peut même se produire dans le cas où le bénéficiaire des prestations ne consacre à ses besoins et à ceux des siens que l'argent strictement indispensable. L'indemnité pécuniaire devant couvrir à la fois toutes les dépenses, de quelque ordre qu'elles soient, les sommes, qui peuvent servir à payer les visites du médecin et les produits pharmaceutiques, sont forcément très réduites, et, pour les maladies particulièrement graves, elles seront insuffisantes. Il est des cas où, même avec la meilleure volonté, l'assuré sera incapable de se procurer le traitement qui lui conviendrait,

(1) Notamment l'Allemagne (Code impérial, § 120). Les Pays-Bas (Loi n° 204 du 5 juin 1913). La Pologne (Loi du 19 mai 1920, art. 40).

parce que celui-ci, en raison de sa nature spéciale, est très onéreux et hors de proportion avec la valeur de l'indemnité pécuniaire. Certaines affections nécessitent des soins compliqués, qui ne peuvent être donnés qu'au moyen d'appareils spéciaux. Le médecin ordinaire n'a pas les moyens de se procurer ces appareils qui, d'ailleurs, ne lui serviraient que rarement. Pour quelques maladies, il faut une installation particulière, permettant l'emploi de procédés thérapeutiques déterminés, et on ne la trouvera que chez quelques praticiens, chez des spécialistes, dont les consultations se paient excessivement cher. Le malade ne pourra pas supporter des frais aussi considérables, avec ses faibles ressources, et il lui sera pratiquement impossible de se soigner convenablement dans ces cas particuliers. C'est là, on le voit, le gros écueil du système, et nous y reviendrons à propos des secours en nature.

D'autre part, ce mode d'allocation entraîne des inégalités entre les assurés. Ceux-ci toucheront, pendant la durée de leur incapacité de travail, une indemnité pécuniaire fixe, mais ils pourront, en tant que malades, avoir des besoins très différents. Les affections, tout en ayant pour conséquence une incapacité de travail, peuvent avoir des degrés très variables de gravité. Un malade consultera le docteur tous les quatre ou cinq jours, tandis qu'un autre devra recevoir sa visite tous les jours et même plusieurs fois par jour; là même anomalie se retrouve en ce qui concerne les médicaments, qui seront plus ou moins nombreux, plus ou moins onéreux, suivant la nature et l'intensité des diverses affections. Pour les uns, les frais occasionnés par la maladie seront beaucoup plus considérables que pour les autres, et les moins favorisés par l'assurance seront justement ceux qui en auront le plus besoin. C'est là un résultat pour le moins paradoxal.

Si nous considérons maintenant ce mode d'indemnisation au regard de l'établissement d'assurance, nous sommes immé-

diatement frappés par le gros avantage qu'il présente, au point de vue de l'organisation : il se signale par sa grande simplicité. La caisse exige un certificat médical, destiné à établir l'incapacité de travail de l'assuré, et son rôle se borne alors à verser une certaine somme d'argent pendant la durée de cette incapacité; ses attributions sont ainsi réduites au minimum et cette particularité n'est pas négligeable. La simplification apparaît encore beaucoup plus nettement, si on la compare aux difficultés rencontrées, à ce sujet, par le système de l'allocation en nature. Avec celui-ci, l'établissement d'assurance doit se mettre en rapport avec les médecins et les pharmaciens, il lui faut organiser un service médical; comme nous le verrons plus loin, on se heurte pour cette organisation à des difficultés très sérieuses. Ce sont, d'ailleurs, ces complications qui constituent le véritable mérite du procédé de l'indemnité pécuniaire, et ce sont elles qui l'ont fait adopter, toutes les fois qu'il le fût. Il ne faudrait cependant pas conclure de ces développements que ce mode d'indemnisation n'est qu'avantageux pour la caisse d'assurance, il est susceptible aussi d'occasionner des frais parfois considérables. Nous avons vu que, souvent, le malade sera mal soigné, et alors les charges financières seront sensiblement accrues; la caisse subira un préjudice direct du fait qu'il lui faudra verser l'indemnité pécuniaire pendant un laps de temps plus étendu qu'il n'était nécessaire.

En outre, elle devra redouter les tentatives de fraude de la part des bénéficiaires des prestations, qui auront tendance à simuler la prolongation de la maladie, pour toucher, le plus longtemps possible, les secours en argent.

Examinons maintenant l'utilité de ce système pour la collectivité. Nous trouvons ici à peu près les mêmes arguments que ceux développés à propos de l'individu. Les deux points de vue tendent à se confondre : la société est intéressée à ce que la misère soit exclue de son sein et, par suite, à ce que des secours soient accordés aux ouvriers incapables de tra-

vailler. Sans même envisager l'argument d'apaisement social, qui est d'un grand poids en cette matière, il est évident qu'elle doit s'efforcer de lutter contre tous les fléaux sociaux et particulièrement contre la misère. Elle paraît donc devoir être tout à fait favorable à l'allocation de secours en argent. Mais, comme nous allons le voir, cette faveur ne va pas jusqu'à l'exclusivité : en effet, quand ce procédé est seul employé, des inconvénients nombreux et importants se font jour.

Nous n'insisterons pas sur le dommage réel causé à la société, quand la maladie d'un assuré dure plus longtemps qu'elle ne devrait. Les forces productives de la nation sont diminuées d'une unité, qui va grossir les rangs des inutiles, pendant une période trop longue.

De plus, l'ouvrier, qui ne reçoit pas les soins nécessités par son état, peut, s'il est atteint d'une maladie contagieuse, semer autour de lui des germes morbides dangereux. Et, même dans les cas où on n'aura pas affaire à une affection transmissible, les mauvais soins auront fatalement pour conséquence un affaiblissement de l'individu, qui le laissera à la merci de la tuberculose ou de maladies analogues ; sa postérité s'en ressentira et, dans tous les cas, l'état sanitaire général risquera d'être profondément affecté. C'est dans ce sens qu'il faut chercher l'insuffisance manifeste de ce mode d'indemnisation. Avec lui, l'ouvrier est entièrement livré à lui-même, l'assurance n'intervient que pour compenser la perte du salaire. Elle ne s'attache qu'à garantir le travailleur contre les effets immédiats de la maladie, sans chercher à la guérir, à la prévenir. Ce système néglige la question de la santé publique, pour ne considérer que la misère possible de l'ouvrier. Il n'envisage l'intérêt social qu'à un point de vue tout à fait restreint, sans se préoccuper suffisamment de l'amélioration de l'état sanitaire général, par le développement des mesures d'hygiène et de prophylaxie. Aussi n'est-il que très rarement adopté. Les lois, qui ne donnent à l'assurance d'autre mission que celle consistant dans le ver-

sement d'une indemnité pécuniaire, sont une infime minorité. En France, où les sociétés de secours mutuels sont libres d'accorder, en cas de maladie, l'une ou l'autre des allocations, il en est très peu qui aient consenti à laisser de côté les secours en nature. Malgré les difficultés, parfois considérables, qu'elles ont rencontrées pour l'organisation de leur service médical, elles se sont efforcées de maintenir le principe même de l'allocation en nature. Les associations, qui se bornent à accorder à leurs membres une indemnité pécuniaire, ont été amenées à ce résultat par les nécessités financières, qui leur interdisaient les dépenses actuellement très élevées des traitements, ou bien, parce que des raisons particulières les ont empêché d'instituer un service médical.

À l'étranger, nous ne trouvons, pour ainsi dire, aucun pays qui adopte exclusivement le principe des secours en argent.

Les établissements d'assurance russes (tels qu'ils étaient organisés par la loi du 23 juin-6 juillet 1912), n'accordaient pas les soins médicaux, mais ceux-ci étaient à la charge des employeurs.

La loi fédérale suisse du 12 juin 1911 laisse aux caisses le soin de choisir entre les deux modes d'indemnisation, ou même de les adopter tous les deux à la fois, et « les caisses estiment, en général, qu'elles rendent plus de services à leurs adhérents, en leur assurant les frais médicaux, qu'en leur octroyant simplement une indemnité de chômage; elles sont assurées ainsi que le malade est traité dans de bonnes conditions, qui facilitent sa guérison » (1).

(1) Dr E. RILLIET, *Les soins médicaux dans la Mutualité suisse (Revue de la Prévoyance et de la Mutualité, janv.-fév. 1921)*. Cependant, les dernières constatations indiquent un accroissement du nombre des caisses qui n'allouent que les secours en argent. En 1920, 700 caisses, comprenant 753.000 membres, ont accordé des prestations en nature, contre 246, groupant 215.000 adhérents, qui ont servi uniquement des allocations en argent. La statistique des opéra-

La législation suédoise, qui, nous le verrons plus loin, se préoccupe des soins et de la prévention de l'invalidité, laisse également, aux caisses de maladie (1), la liberté du choix, mais, à l'inverse de ce qui se passe en Suisse, les secours sont ici généralement donnés en espèces (2).

Les Pays-Bas, qui prévoient également le traitement curatif et préventif de l'invalidité, n'envisagent, dans leur loi d'assurance obligatoire contre la maladie (3), que l'allocation pécuniaire; mais cette règle, qui semble absolue, est singulièrement amoindrie par la faculté, laissée à des caisses spéciales, d'accorder les soins médicaux et pharmaceutiques.

Le procédé exclusif de l'allocation en espèces est donc à peu près complètement rejeté par la pratique, qui lui préfère ou lui superpose l'autre mode d'indemnisation.

ALLOCATIONS EN NATURE

L'allocation par les caisses d'assurance de secours en nature produit-elle donc des résultats plus tangibles?

En examinant la question, on constate que la plupart des avantages et des inconvénients de ce procédé sont inverses de ceux que présentait celui de l'indemnité pécuniaire.

En effet, le malade, qui sait devoir bénéficier gratuitement des soins qui lui sont nécessaires, n'hésitera pas à s'adresser au docteur, toutes les fois que son état de santé lui paraîtra suspect. Il se soignera à temps, et sa guérison sera beaucoup plus certaine et beaucoup plus rapide. Il

tions effectuées, pendant cette année, par les caisses reconnues signale une augmentation de 65 % de l'effectif de ces derniers membres sur l'année précédente.

(1) Loi du 4 juillet 1910.

(2) En 1918, 276 caisses seulement, avec un effectif global de 89.000 membres (sur un total de 1.324 caisses et 800.000 adhérents), ont payé à ceux-ci, outre (dans la presque totalité des cas) les allocations en argent, l'assistance du médecin et les médicaments nécessaires.

(3) Loi n° 204.

n'aura pas à faire ce choix pénible entre les emplois divers de son indemnité et ne sera pas tenté de réserver, pour d'autres dépenses, les sommes qui, régulièrement, devaient être consacrées au traitement de sa maladie.

Il ne rencontrera plus la même impossibilité pour recevoir des soins spéciaux et compliqués. Le nombre considérable des assurés permettra à la caisse d'organiser tous les services thérapeutiques utiles et de procurer aux malades les moyens d'être traités, dans tous les cas particuliers, avec des procédés même très onéreux. Cet avantage des secours en nature est d'une importance primordiale pour l'individu et aussi pour la société. Celle-ci étant directement intéressée en l'espèce, nous n'approfondirons cette question qu'au moment où nous étudierons l'utilité sociale de ce mode d'allocation.

Les adversaires du système opposent à ces avantages un certain nombre d'arguments. Tout d'abord, disent-ils, il présente un inconvénient d'ordre moral : avec ce procédé, on semble considérer le travailleur comme une sorte d'incapable, comme un être doué d'une mentalité si inférieure qu'il ne sait même pas se soigner quand il en a besoin. Il y a là une atteinte à la dignité de l'ouvrier. A cela nous répondrons qu'on ne force pas l'assuré à s'adresser au docteur, on ne le soumet pas à une sorte de tutelle qui l'oblige à se soigner ; on lui procure seulement toutes les facilités pour le faire.

De plus, dit-on, ce procédé est insuffisant, il assure aux malades les soins curatifs, mais à quoi serviront-ils s'il n'y a pas d'argent à la maison, permettant à l'ouvrier de vivre ? Que peuvent faire les traitements les meilleurs sur un organisme débilité, qui n'a pas les moyens de se nourrir convenablement ? Par là, on n'arrive pas au résultat cherché, ni pour le travailleur, ni pour les siens, on n'empêche pas la famille ouvrière de tomber dans le dénûment. Cet argument est loin d'être sans valeur : il semble, en effet, nécessaire que les deux systèmes fonctionnent côte à côte, pour que le but, proposé à l'assurance, soit effectivement atteint. Quoi

qu'il en soit, le malade retirera, de ce mode d'indemnisation du risque, des avantages incontestables, qui semblent devoir le faire adopter.

L'établissement d'assurance paraît aussi y trouver son profit. Certes, il devra supporter des dépenses particulièrement élevées, dans certains cas spéciaux, mais il en retirera finalement un intérêt : les malades bien soignés guériront plus rapidement et resteront moins longtemps à sa charge. En outre, ceux-ci ayant recours plus fréquemment et plus facilement aux conseils et à l'intervention du médecin, l'état sanitaire moyen de la population assurée deviendra beaucoup plus favorable. C'est pourquoi l'on a pu dire qu'en allouant les soins médicaux et pharmaceutiques les caisses accomplissaient, « en même temps qu'une bonne action, une bonne affaire » (1). Par un traitement approprié, non seulement elles guériront les malades, mais elles les empêcheront de tomber invalides, elles organiseront la prévention de l'invalidité. Les sommes, ainsi affectées aux traitements, deviendront extrêmement productrices et finiront par constituer un excellent placement. « Il est beaucoup plus avantageux, au point de vue médical, de prévenir le mal que de le guérir, et il est moins coûteux, au point de vue économique, de payer des traitements curatifs que de servir des rentes d'invalidité (2). »

De plus, si ce mode d'indemnisation est exclusivement employé, l'ouvrier sera encouragé à reprendre le plus tôt possible son service, de façon à gagner de quoi assurer son entretien et celui de sa famille, mais c'est là un avantage bien maigre, à côté des inconvénients mêmes de la situation.

En revanche, la caisse sera exposée à des abus. Le malade

(1) BELLOM, *Les résultats de l'assurance sociale en Allemagne* (Eco. Fr., 9 nov. 1912).

(2) M. DENIZET au Congrès de Strasbourg du 3 juin 1922, voir page 74.

n'ira-t-il pas consulter le docteur pour le plus petit malaise, alors que, s'il lui fallait déboursier le prix de la visite, il s'abstiendrait et se soignerait lui-même très facilement? En outre, comme nous l'avons signalé, de grandes difficultés surgiront pour l'organisation médicale.

Nous laisserons de côté ici ces questions d'organisation pratique, qui trouveront place dans le dernier chapitre de cet ouvrage, pour considérer l'utilité sociale des prestations en nature. Au point de vue de la collectivité, leur intérêt apparaît avec tant de force, leurs avantages sont si considérables, que tous les inconvénients se trouvent effacés. En effet, outre que la société tient à ce que ses membres soient bien soignés et guérissent rapidement, afin de récupérer un travailleur, à ce que les affections contagieuses, étouffées dans la racine, n'aient pas le temps de se répandre et de contaminer l'entourage du malade, elle est intéressée, au plus haut point, à tout ce qui contribue à l'amélioration de la santé publique, à l'extension de l'hygiène sociale, au développement des mesures de prophylaxie. L'assurance sociale, si elle alloue les prestations en nature, lui sera d'une aide précieuse et efficace. Elle aura les moyens de soigner les malades, avec les procédés les plus scientifiques, avec les appareils les plus compliqués et les plus coûteux, de traiter toutes les maladies spéciales, de lutter efficacement contre la tuberculose, la syphilis et tous les fléaux sociaux.

Pour montrer l'influence, considérable à ce point de vue, de l'allocation de secours en nature, nous ne pouvons mieux faire qu'à reproduire, en partie, un rapport sur le « rôle des institutions sociales d'Alsace-Lorraine, dans le domaine de la prophylaxie et de l'hygiène sociales », présenté par M. Denizet, au Congrès d'hygiène, d'assurance et de prévoyance sociales, tenu à Strasbourg le 3 juin 1922. Ce remarquable document, nous transportant dans la pratique, montrera, beaucoup mieux que ne le pourrait faire un exposé théorique, l'action utile et bienfaisante des établissements

d'assurance qui se chargent eux-mêmes du traitement de leurs malades. « Les caisses, dit M. Denizet, accordent les soins médicaux, qui consistent, non seulement en consultations organisées par les institutions d'assurance dans leurs locaux et en visites médicales effectuées à domicile par le médecin, mais encore, en des hospitalisations prescrites dans les établissements appropriés, où des soins et traitements spécialisés, tels que : intervention médicale et chirurgicale, traitement électrique, bains médicinaux, etc., sont donnés gratuitement aux assurés. Les caisses possèdent, dans ce but, des hôpitaux particuliers. De plus, tous les assurés bénéficient également de la gratuité des produits pharmaceutiques prescrits par le médecin et ils reçoivent tous les moyens thérapeutiques susceptibles d'améliorer ou de guérir leur état de santé.

« Si le malade se trouve être suspect de tuberculose, les caisses maladie le signalent immédiatement aux dispensaires locaux, créés par les institutions d'assurance. Ces dispensaires sont particulièrement outillés en vue d'établir le dépistage de la tuberculose et son diagnostic précoce : ils pratiquent, grâce à une installation spécialisée, les examens radiologiques et les analyses bactériologiques indispensables.

« Le malade est alors, suivant la gravité de son état, l'objet de différentes mesures curatives ; des infirmières visiteuses prescrivent et contrôlent l'application des mesures hygiéniques nécessaires, elles réalisent, autant que possible, l'isolement du malade et s'attachent à la préservation de son entourage, en évitant la dissémination des germes contagieux. Elles font procéder à la désinfection des locaux contaminés. »

Des cures préventives sont également organisées : « Si l'assuré est anémié, il est envoyé, aux frais des institutions d'assurance, dans des maisons de convalescence, où un traitement approprié de suralimentation, d'hygiène et de

plein air lui fait recouvrer rapidement sa capacité physique. »

« Lorsqu'il s'agit de malades plus gravement atteints, les caisses maladie s'adressent aux institutions d'assurance invalidité, pour obtenir une cure de sanatorium, en faveur de leurs malades... Les institutions d'assurance prennent à leur charge toutes les dépenses que nécessite le traitement curatif : examens de radioscopie et de bactériologie, frais de voyage de l'assuré, traitement complet, etc. (1). »

Des dispensaires spéciaux avaient été créés, en vue de la prophylaxie anti-vénérienne, mais ils ont été rendus inutiles, par l'institution de services annexes dans tous les grands hôpitaux, dans lesquels sont envoyés les malades.

Des cures spéciales sont organisées pour les maladies nerveuses, rhumatismales, en faveur des lymphatiques, des cardiaques, etc. L'action des caisses se fait aussi très nettement sentir dans le domaine de la préservation de l'enfance et de la lutte anti-alcoolique.

En outre, une propagande intensive est faite par les caisses, pour le développement des principes d'hygiène, par le moyen de circulaires, de publicité dans les journaux et périodiques, de brochures pour enfants et pour adultes, d'affiches, de dessins, de tableaux et même de conférences avec projections cinématographiques.

Voilà le rôle considérable que peut jouer, en matière de prophylaxie et d'hygiène sociales, une assurance qui accorde gratuitement les soins médicaux et pharmaceutiques. Elle peut organiser un vaste réseau de mesures étroitement coordonnées, grâce auxquelles une amélioration sensible de la santé publique pourra être aisément réalisée.

(1) Cette organisation très remarquable est, dit-on, encore insuffisante. Le nombre des sanatoria « ne permet guère de soigner que les prédisposés, admis pour des cures, dites préventives, d'une durée très courte de dix semaines. Ce séjour, même renouvelé une fois, n'apporte qu'un appoint modeste à la guérison, pour une maladie comme la tuberculose » (LACROIX, *Le médecin et les lois sociales nouvelles*. Concours médical, 1^{er} janvier 1922, p. 39).

Cette amélioration proviendra, non seulement des soins curatifs, mais encore des soins préventifs. Tout particulièrement en ce qui concerne l'invalidité, des traitements appropriés éviteront fréquemment l'incapacité permanente de travail. Les organismes d'assurance, ayant intérêt à enrayer le mal, s'efforceront de soigner efficacement l'assuré pour l'empêcher de tomber définitivement à leur charge. C'est là un procédé employé par la majorité des lois étrangères. En Suède, où cependant les soins médicaux ne sont que très rarement alloués, « la Direction des pensions s'applique, depuis 1915, à développer la prévention par des cures appropriées ». En Allemagne (1) comme aux Pays-Bas (2), en Italie (3) comme au Luxembourg (4), les lois prévoient que les institutions d'assurance invalidité pourront faire suivre aux malades un traitement destiné à prévenir l'invalidité.

Il ne faut pas croire que ces dispositions n'aient donné aucun résultat. Pour ne citer que l'exemple de l'Allemagne, en 1907, sur 100 tuberculeux soignés dans les sanatoria, 78 étaient demeurés valides, après la première année de traitement, et 48, après la troisième année (5).

Laissant maintenant de côté les particularités du rôle préventif de l'assurance, nous ne considérerons que les résultats obtenus au point de vue général, en ce qui concerne

(1) Code impérial, § 1269 et suivants. On reproche, d'autre part, au système allemand de se préoccuper trop exclusivement de la prévention de l'invalidité, « de chercher seulement à rendre, au malade rapidement curable, sa valeur productive et d'abandonner à ses souffrances le malade chronique ou trop lentement curable. La médecine tient plus compte de l'invalidité que de la maladie et ne s'inspire pas d'abord du point de vue humanitaire ». D^r LACROIX, *op. cit.*

(2) Loi n° 205 du 5 juin 1913.

(3) Décret-loi du 21 avril 1919, art. 10.

(4) Loi du 6 mai 1911, art. 39. Dans le même sens, Danemark (art. 20).

(5) Les statistiques officielles allemandes de 1885 à 1906. (Publication du ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, 1909.)

l'état sanitaire de la population. Sans entrer dans le détail des bienfaits que peut amener le système de l'allocation en nature, nous citerons seulement quelques chiffres qui montrent, avec éloquence, la valeur des résultats ainsi obtenus. (Nous n'allons certes pas jusqu'à affirmer que l'amélioration de la santé soit uniquement le fait de l'assurance, mais il est incontestable qu'elle en prend sa large part.) Alors qu'en Alsace-Lorraine, la mortalité par tuberculose, pour une proportion de 10.000 habitants, était de 20 en 1910, elle n'était plus que de 15,6 en 1920. Alors que la tuberculose était, en 1914, la cause de 16,3 % des rentes d'invalidité accordées, la proportion tombait à 13,8 % en 1919 et à 9,1 en 1920.

En Angleterre, pendant dix mois, 19.097 tuberculeux (1) ont été soignés et la mortalité par tuberculose a été abaissée de 60 %, en l'espace de vingt-cinq années.

En Allemagne, pendant l'année 1906, les sommes dépensées pour le service médical ont été de 60 millions de marks, pour les caisses maladie, et de 13 millions de marks, pour les caisses d'invalidité (2). En ce qui concerne spécialement la tuberculose, les 77 sanatoria, existant en 1901, ont servi, au cours de cette même année, à 11.816 personnes envoyées par les établissements d'assurance (3).

Les résultats obtenus dans le domaine de l'hygiène générale sont si importants, qu'on a pu dire que « les effets directs, produits automatiquement par l'assurance, finissent par être, sinon méconnus, du moins considérés comme moins intéressants que les effets indirects » (4).

Les secours en nature semblent donc présenter un intérêt

(1) Dont 10.239 dans les sanatoria, 2.797 dans les dispensaires et 6.601 à domicile (MANIER, *op. cit.*, p. 177).

(2) Statistique des assurances ouvrières allemandes de 1885 à 1906 (*Recueil de documents sur la prévoyance sociale*, 1909).

(3) BELLOM, *Revue pol. et parl.*, août 1902, p. 301.

(4) FUSTER, au Congrès international des accidents du travail et des assurances sociales tenu à Dusseldorf, du 17 au 24 juin 1902.

de tout premier ordre et ce sont leurs avantages considérables qui les ont fait adopter par la presque généralité des organisations d'assurance. Partout, en Allemagne et Angleterre comme en Pologne et en Serbie, chez les Roumains et les Norvégiens comme chez les Hongrois et les Luxembourgeois, l'assurance alloue les soins médicaux et pharmaceutiques. Il n'est pas jusqu'aux Pays-Bas qui ne s'en soient préoccupés; quoique le système d'assurance obligatoire contre la maladie ne prévoit pas les secours en nature, la loi néerlandaise complète cette assurance obligatoire par une assurance facultative qui, grâce à des « fonds de maladie » (*Ziekenfondsen*), alloue le traitement médical et la fourniture des médicaments. Dans le canton de Zurich, la loi du 10 décembre 1916 (1) dispose que l'assurance garantira au minimum les soins médicaux et pharmaceutiques.

En Angleterre, on a si bien senti l'importance des prestations en nature qu'on les a soumises à un régime particulier. La loi n'a pas voulu laisser aux sociétés reconnues le droit d'octroyer ces allocations. Accordant à ces organes la plus large autonomie, pour l'administration des secours pécuniaires, elle a réservé aux comités d'assurance le droit d'allouer, dans tous les cas, les soins médicaux, et cela, dans le but de coordonner plus utilement les efforts. La législation anglaise, qui est très nettement dirigée du côté de l'hygiène sociale, avait également prévu un régime particulier pour la lutte anti-tuberculeuse. Sur la proposition de M. Lloyd George, qui insistait sur l'étendue de ce fléau : « Il meurt annuellement, disait-il, 50.000 personnes de la tuberculose, » une assistance médicale particulière avait été prévue pour cette maladie. L'État prélevait, par assuré, pour les secours de sanatoria, 1 sch. et 3 p., auquel s'ajoutait une subvention de 1 penny. Une loi de 1920 est venue supprimer cette parti-

(1) La législation fédérale suisse laisse aux cantons le soin d'organiser l'assurance contre la maladie.

cularité et, désormais, « l'expression : traitement et soins du médecin comprend le traitement et les soins requis en cas de tuberculose » (1).

Les exemples qui précèdent montrent l'intérêt de l'allocation en nature et permettent d'affirmer que tous les pays ont reconnu l'importance de ce mode d'indemnisation et que, presque partout, le législateur a donné à ce système la première place.

Mais, comme nous l'avons vu, si ce mode de secours est employé à l'exclusion de tout autre, il est insuffisant. Le risque maladie et invalidité se présente avec un double caractère : c'est à la fois un *damnum emergens* et un *lucrum cessans*, c'est-à-dire, une cause de dépenses et un manque à gagner (2). Les soins en nature couvriront la première partie du risque, mais la seconde restera à nu. Il est donc d'une nécessité presque absolue que ce mode d'indemnisation soit doublé par un système d'allocation pécuniaire.

Aussi, toutes les législations que nous venons de citer accordent, à la fois, des secours en nature et en argent. Il en est de même en France, pour la grande majorité des Sociétés de secours mutuels et la totalité des Sociétés de secours aux ouvriers mineurs.

Les deux procédés devront donc être réunis et la question de principe, posée au début de ce chapitre, se trouve résolue, non pas par un choix exclusif entre les deux modes d'indemnisation, mais par une conclusion favorable aux deux systèmes à la fois, qui conduit à leur adoption simultanée.

DIVERSES PRESTATIONS

Nous étudierons maintenant, l'une après l'autre, les diverses prestations, leurs particularités et les problèmes qu'elles soulèvent.

(1) Loi du 20 mai 1920, art. 4.

(2) BROUILHET, *Économie politique*, 1912, p. 150.

INDEMNITÉ PÉCUNIAIRE

L'indemnité pécuniaire se justifie, par la nécessité d'accorder à l'ouvrier une somme, destinée à compenser le salaire perdu. Le risque qu'il y a lieu de couvrir ici, c'est donc la perte du salaire et la question qui se pose à ce sujet est de savoir si ce risque sera indemnisé en totalité ou en partie.

Cette question peut s'entendre de deux façons bien différentes; tout d'abord, elle peut se poser à un point de vue tout à fait général, qui touche à l'orientation même de l'assurance : l'indemnité en argent sera-t-elle fixée en raison des salaires, ou bien aura-t-elle un taux unique, calculé de façon à assurer seulement le minimum d'existence. Dans le premier cas, le risque est véritablement couvert (l'indemnité étant supposée égale au montant de la paye), tandis que, dans l'autre, il ne l'est que pour une partie, la valeur de cette partie étant variable, suivant les catégories d'ouvriers. Plus le salaire d'un travailleur se rapprochera du chiffre considéré comme correspondant au minimum d'existence, plus le risque sera fortement indemnisé. C'est là un problème qui devait être noté ici, car il intéresse directement l'indemnisation, mais nous nous contenterons seulement de le signaler, nous réservant de l'étudier avec plus de détails, au moment où nous examinerons les modalités des cotisations. En effet, cette question se pose également à propos de la fixation des primes, et elle nous paraît trouver plus logiquement place dans le chapitre réservé aux ressources de l'institution, à son organisation générale. Ce n'est pas seulement, pour des motifs inhérents à l'indemnisation, qu'on choisira l'un ou l'autre des deux systèmes, mais bien plutôt pour des raisons tenant à l'orientation qu'on voudra donner à l'assurance.

La question de savoir si l'indemnisation du risque sera totale peut être prise avec un autre sens. Dans ce cas, elle

voudra dire : l'indemnité sera-t-elle égale au salaire, ou bien, lui sera-t-elle sensiblement inférieure? Dans la première hypothèse seulement, le risque, qui consiste dans la perte du gain journalier, est entièrement couvert. Nous n'insisterons pas sur ce sujet, nous bornant à remarquer que si l'allocation doit être suffisante pour assurer l'entretien du malade et de sa famille, la fixation d'un maximum est imposée par des motifs pratiques, par des questions de contrôle. C'est à cause des fraudes possibles, que l'on fixe toujours le taux de l'allocation pécuniaire à un chiffre inférieur au salaire. S'il en était autrement, l'ouvrier, gagnant autant d'argent sans rien faire qu'en travaillant, serait tenté de simuler une maladie et des abus considérables seraient à craindre.

Un autre problème, beaucoup moins général que les précédents, trouve place ici. Il s'agit de savoir si l'indemnité en argent sera toujours accordée, même en cas de mauvaise volonté de l'intéressé, ou bien, si on la refusera au malade, qui ne suivra pas les prescriptions du médecin, qui fera un mauvais emploi de cette indemnité, ou dont l'affection aura été contractée par sa propre faute. Il semble moral que les assurés, qui rentrent dans toutes ces catégories, soient privés de l'allocation en argent. D'ailleurs, en dehors de toute idée de peine, cette mesure est un moyen de pression particulièrement efficace.

Si ce procédé peut être utilement employé dans des cas particuliers, il doit cependant n'être manié qu'avec une extrême prudence, car l'indemnité pécuniaire n'est pas seulement destinée au malade lui-même, elle doit servir également à sa famille, et il n'est pas juste que celle-ci ait à souffrir de l'inconduite de son chef.

Quoi qu'il en soit, la plupart de nos sociétés de secours mutuels privent du bénéfice des secours les membres qui rentrent dans une des catégories ci-dessus énumérées. D'autre part, en Angleterre notamment, l'indemnité pécuniaire est

refusée aux assurés malades par leur propre faute (1) (ils continuent, dans l'intérêt social, à bénéficier des soins médicaux).

SOINS MÉDICAUX

En abordant les problèmes relatifs aux soins à donner aux assurés, la première question que l'on rencontre est celle-ci : quelles devront être ces prestations?

Les discussions qui précèdent ont suffisamment mis en lumière l'intérêt présenté par la plupart d'entre elles, pour qu'il soit inutile d'insister ici. Ces allocations devront évidemment comprendre les soins médicaux, mais quel sens donnera-t-on à cette expression? Y comprendra-t-on les interventions médicales quelles qu'elles soient : les consultations des spécialistes, les opérations chirurgicales, les traitements dentaires?...

Donnons tout d'abord la principale raison, pour laquelle ces diverses formes de l'intervention médicale ont été quelquefois écartées par les institutions d'assurance. C'est généralement pour un motif d'ordre financier qu'on les exclut, en totalité ou en partie. C'est à cause des frais considérables qu'elles entraînent que la généralité de nos Sociétés de secours mutuels refusent d'accorder les soins spéciaux, dentaires ou chirurgicaux. Certaines remboursent une partie de ces traitements, les unes, payant seulement les « opérations de petite chirurgie », les autres, couvrant les frais nécessités par des-extractions dentaires, tout en n'accordant pas les appareils... d'autres enfin, participant, jusqu'à concurrence d'une certaine somme, aux consultations des spécialistes.

Mais, si on écarte cette question financière, aucune autre raison ne paraît s'opposer à ce que les soins médicaux soient alloués sous toutes leurs formes.

(1) Art. 14 de la loi. Voir également le code impérial allemand, § 187. — Autriche (16 déc. 1906, § 8) mais la pension peut être attribuée en partie à la famille. — Pays-Bas (Loi n° 204).

En effet, l'intérêt principal des allocations en nature, provenant de la possibilité de faire bénéficier les malades de traitements compliqués et coûteux, il faut, pour atteindre le but cherché, comprendre, dans les soins médicaux, les visites des spécialistes et les interventions chirurgicales, ces soins étant justement ceux que les intéressés n'ont pas le moyen de se procurer avec leurs seules ressources. Quant aux consultations dentaires, aucun motif sérieux ne semble devoir les faire rejeter. Les maux de dents ne sont-ils pas une souffrance comme les autres, et comme les autres aussi dignes de soins? Il semble même que l'assurance doive payer, outre les extractions, les plombages et les appareils destinés à remplacer les dents disparues; en le faisant, les caisses n'agiront pas seulement dans l'intérêt des individus, mais dans leur intérêt propre. Ces sortes d'affections peuvent entraîner des troubles graves de l'appareil digestif et c'est un moyen de les prévenir que d'accorder aux assurés les appareils de prothèse dentaire. Aussi, tous ces soins sont-ils généralement donnés par les établissements d'assurance des différents pays.

SOINS PHARMACEUTIQUES

Les prestations devront également comprendre la fourniture des médicaments nécessaires, mais, ici encore, il faut s'entendre sur le sens du mot : médicaments. Devra-t-on accorder tous les produits prescrits par le docteur, ou bien, écartera-t-on les spécialités, les vins, les eaux minérales, les appareils, bandages, etc. ?

Si ces produits pharmaceutiques sont quelquefois laissés de côté, notamment par une grande partie de nos Sociétés de secours mutuels, c'est, en général, pour des motifs financiers. Le coût des spécialités est souvent élevé et le fait de les accorder aux sociétaires malades accroîtrait, dans une large mesure, les charges de l'association. Cependant, certaines sociétés n'excluent pas les spécialités, elles se contentent alors de recommander aux médecins « d'éviter, autant

que possible, de les prescrire, toutes les fois qu'elles peuvent être remplacées par des préparations également efficaces mais moins coûteuses ».

C'est aussi en raison du prix des bandages et appareils que ceux-ci ne figurent pas parmi les prestations de certaines sociétés. D'autres paient le premier appareil mais ne le remplacent pas, ou bien ne contribuent à la dépense que jusqu'à concurrence d'une somme fixée.

Quant aux vins et aux eaux minérales, ils ne sont jamais, ou presque jamais, compris par la mutualité au nombre des médicaments. Les vins fortifiants peuvent être employés, en dehors de toute affection caractérisée, les eaux minérales peuvent parfaitement servir d'eaux de table et il est à craindre que des abus ne surgissent si on les accorde gratuitement.

Tous ces problèmes présentent entre eux une grande analogie et il semble nécessaire, qu'en cas de maladie bien déterminée, tous les produits utiles au traitement soient fournis gratuitement au malade, qu'ils figurent, très exactement ou non, au nombre des produits strictement pharmaceutiques. Seul, un contrôle sévère devra être établi pour empêcher les exagérations. D'ailleurs, les pays, qui ont institué un système d'assurance, allouent généralement aux assurés tous les médicaments, quels qu'ils soient, sans exclure aucun produit (1).

HOSPITALISATION

Indépendamment des consultations du docteur et de ses visites au domicile des malades, ceux-ci peuvent être hospitalisés; ils reçoivent alors, de l'établissement chargé du traitement, tous les soins nécessaires, la nourriture et la fourniture directe des médicaments, sans qu'ils aient à s'en préoccuper. Le système d'allocation globale des secours en nature

(1) Voir notamment : Allemagne, Angleterre, Luxembourg.

doit-il être préféré à celui de l'attribution individuelle des prestations?

Examinons d'abord ce problème sous un jour tout à fait général, sans tenir compte de la nature des affections.

Au point de vue de l'assuré, ce procédé d'indemnisation en nature peut présenter un réel intérêt, surtout si le malade est seul et sans famille. Dans ce cas, il lui sera véritablement impossible de se soigner chez lui; s'il est assez sérieusement atteint, comment pourra-t-il faire les achats nécessaires à son entretien, préparer sa nourriture, suivre exactement le traitement prescrit?... L'hôpital lui fournira les moyens de se dégager de toutes les préoccupations et de tous les petits détails de la vie journalière.

De plus, à son domicile, s'il est entouré de l'affection des siens, le malade risque de n'avoir affaire qu'à des personnes inexpérimentées qui, parfois, n'auront pas l'énergie suffisante pour refuser au malade ce que celui-ci réclame avec instance et qui cependant lui est nuisible. L'hôpital, au contraire, avec ses règles rigides, procurera à l'intéressé les facilités de guérison les plus grandes. Traité dans un milieu propre et hygiénique, entouré d'une surveillance de tous les instants et de toutes les précautions prophylactiques nécessaires, le malade sera guéri plus facilement que si on le laisse dans un endroit malsain, où les mesures d'hygiène sont inconnues.

Mais on se heurte, en général, à une grande hostilité de la part des assurés, qui s'opposent à leur envoi à l'hôpital. Ils ont peur de ces grandes salles blanches, où ils sont soumis à des prescriptions impératives. Ils se sentent isolés, au milieu de toutes ces personnes qu'ils ne connaissent pas, et s'ennuient loin des leurs. Un préjugé veut également qu'à l'hôpital on soit mal soigné, mal nourri. Si ce reproche, adressé à l'hospitalisation, est malheureusement quelquefois fondé, ce n'est là, il faut bien le dire, qu'une exception et cette insuffisance tient à une mauvaise organisation qui peut et doit disparaître.

Quant à l'établissement d'assurance, il semble avoir le plus grand intérêt à ce que ses malades soient traités à l'hôpital. C'est une garantie précieuse contre les abus, une certitude que l'assuré recevra les soins qui lui conviennent, sans que la guérison soit compromise par des interventions extérieures. En outre, les soins, donnés ainsi à un certain nombre de personnes réunies, coûtent moins cher que ceux donnés aux malades individuellement. Néanmoins, la caisse ne saurait contraindre tous les malades à se faire soigner à l'hôpital. Pour des affections bénignes, une telle obligation serait intolérable et conduirait à un résultat fâcheux, au point de vue de la santé générale; les assurés préféreraient souvent ne pas se soigner, plutôt que d'être hospitalisés pour la plus petite indisposition. On se heurterait, d'ailleurs, à une impossibilité matérielle, tenant au nombre considérable des hôpitaux à créer, et les frais, que nécessiterait leur construction, seraient hors de proportion avec les avantages procurés.

Quant à la collectivité, son intérêt évident est que les malades reçoivent un traitement approprié et présentant toutes les garanties indispensables; par conséquent, elle sera favorable au traitement des malades dans un hôpital, qui seul fournira les moyens d'une cure efficace et systématique.

La conclusion à tirer des développements qui précèdent paraît être en faveur de l'hospitalisation, toutes les fois qu'on a affaire à des maladies graves, qui nécessitent une surveillance constante, un régime sévère et des précautions d'hygiène particulièrement importantes.

Certaines affections ne peuvent être traitées qu'à l'aide d'installations spécialement aménagées à cet effet, qu'il est impossible de trouver au domicile même du malade. D'autres sont d'une gravité exceptionnelle et doivent être soumises à des examens fréquents; comment le docteur pourra-t-il suivre l'évolution d'une maladie chez des individus dispersés à travers la ville. Si, au contraire, tous ses patients sont

réunis dans une même maison, il pourra exercer une surveillance beaucoup plus sérieuse.

La nécessité d'une hospitalisation est parfois encore beaucoup plus grande. Ce sera, par exemple, le cas des interventions chirurgicales. Celles-ci doivent être entourées de toutes les garanties de propreté et d'asepsie, que l'on ne peut trouver chez les malades, il faut au chirurgien des appareils spéciaux et convenablement installés, une salle d'opérations parfaitement aménagée.

Le séjour à l'hôpital apparaît également indispensable dans le cas des maladies contagieuses. Il est ici de toute nécessité que les assurés, atteints d'affections transmissibles, soient enlevés au milieu sain qu'ils risquent de contaminer. Les contagieux doivent être isolés le plus possible et l'isolement, accompagné de toutes les précautions préventives prises par l'entourage, n'est guère possible dans les habitations privées, surtout dans la catégorie sociale qui nous intéresse, où la promiscuité la plus fâcheuse est malheureusement trop fréquente (il n'est pas rare de trouver, à Paris notamment, des ménages ouvriers, de 4 ou 5 personnes, n'ayant pour tout domicile qu'une seule chambre). Une affection contagieuse, introduite dans un tel milieu, a inévitablement pour résultat la contamination de toute la famille. Le seul moyen de l'éviter, c'est de transporter immédiatement le malade à l'hôpital.

Devant l'intérêt social que présente l'hospitalisation, dans ces situations particulières, on s'est demandé s'il suffisait de laisser au malade la possibilité de se faire admettre à l'hôpital, ou s'il ne fallait pas, au contraire, rendre cette admission obligatoire, tout au moins dans certaines affections, sacrifiant ainsi, aux nécessités sociales, la notion rigoureuse de la liberté individuelle? Un grand nombre de pays n'ont pas reculé devant une telle mesure et les différentes lois d'assurance, après avoir déclaré que les assurés pourraient être traités à l'hôpital avec leur consentement, contiennent des dispo-

sitions prescrivant, dans certains cas, l'hospitalisation obligatoire. Les caisses sont autorisées à envoyer leurs adhérents à l'hôpital, même contre leur volonté, si « les soins sont impossibles à domicile, s'il s'agit d'une maladie contagieuse, si la conduite ou l'état du malade nécessitent une surveillance particulière, ou si celui-ci a agi à plusieurs reprises contre les prescriptions du médecin » (1).

Quoi qu'il en soit, le malade hospitalisé recevra tous les soins convenables, tant médicaux que pharmaceutiques, il sera, de plus, entretenu aux frais de l'établissement hospitalier et n'aura, par conséquent, aucune dépense personnelle à faire. S'il n'a aucune charge de famille, la caisse sera dispensée d'allouer des secours pécuniaires. Mais, s'il assure l'entretien des siens, s'il a des enfants, ceux-ci, privés du gain de leur père, n'auront plus aucun moyen de subsistance, et il paraît utile qu'une certaine somme d'argent soit accordée aux parents de l'assuré qui sont ordinairement à sa charge. Aussi, la plupart des législations d'assurance prévoient, qu'en cas d'hospitalisation de son chef, la famille touchera une allocation, fixée à la moitié de l'indemnité pécuniaire dont bénéficient les malades soignés à domicile (2), ou bien au quart de leur salaire quotidien (3). Dans certains pays, l'allocation varie avec le nombre des personnes à la charge de l'hospitalisé. La loi néerlandaise prévoit des secours, pour les enfants de moins de 13 ans, qui ne devront pas dépasser les deux tiers des pensions d'invalidité. La législation norvégienne accorde une indemnité égale à 20 % du salaire, si l'assuré a une personne à sa charge, à 35 % s'il en a deux et à 50 % s'il en a trois ou plus de trois. En Angleterre, l'allocation pécuniaire

(1) Allemagne. Code impérial, § 184. — Pologne, Loi du 19 mai 1920, art. 28. — Roumanie, art. 129. — Luxembourg, Loi du 6 mai 1911, art. 39.

(2) Pologne, Loi citée, art. 29. — Autriche. Ordonnance du 25 juin 1914. — Allemagne, Code, § 186.

(3) Luxembourg, 6 mai 1911, art. 41.

de maladie peut être « utilisée, en tout ou en partie, pour secourir les personnes à la charge de l'hospitalisé, ou pour les entretenir, de la manière que la société ou le comité qui alloue l'indemnité le juge convenable, après avoir, autant que possible, consulté l'intéressé » (1).

Une question, d'un ordre tout différent, se pose à propos de l'hospitalisation. Les hôpitaux recevront-ils indistinctement tous les malades, ou bien seront-ils spécialisés dans le traitement d'une maladie déterminée? Il est évident qu'il ne saurait y avoir un établissement particulier pour chaque catégorie d'affections, mais n'y a-t-il pas lieu de créer des institutions spéciales pour certaines maladies?

Les assurés préfèrent souvent le séjour à l'hôpital proprement dit, plutôt que le traitement dans des établissements spéciaux. La similitude de la maladie provoque, de la part des malades, des comparaisons démoralisatrices, le jour où ils voient décéder un camarade atteint de la même affection qu'eux. C'est ainsi qu'en Allemagne les assurés sont très opposés aux traitements dans les établissements spéciaux, qu'ils appellent « *Todtenhaus* » (Maison de mort). Dans un hôpital non spécialisé, ils ont au contraire le spectacle de la guérison de malades, qui est très réconfortant, même si les personnes guéries sont atteintes d'une autre affection. D'autre part, le décès des autres hospitalisés n'exerce pas la même influence déprimante; on se dit que celui qui succombe n'était pas atteint de la même maladie.

En outre, l'entrée dans un établissement spécial impose généralement aux assurés l'éloignement de leur famille, que leur évite, au contraire, le séjour dans un hôpital de la localité. Dans ce dernier cas, ils reçoivent fréquemment les visites de leurs proches et se sentent moins isolés. Cette question des établissements spéciaux peut se poser, aussi bien à propos du traitement des affections aiguës, qu'à propos des maladies

(1) Angleterre, Loi du 16 décembre 1911, art. 12.

chroniques. On peut, en effet, indépendamment des cures d'une certaine durée, envisager que des maisons seront destinées à recevoir les invalides pensionnés d'une certaine catégorie. Ces institutions, dans lesquelles les assurés sont appelés à séjourner pendant un temps plus considérable, rencontrent encore une hostilité plus grande. On peut en juger par l'exemple de l'Allemagne. L'institution d'assurance-invalidité de Berlin et celle des villes hanséatiques avaient organisé des maisons spéciales pour invalides pensionnés, mais elles durent renoncer à leur tentative. « En particulier, l'institution d'assurance-invalidité des villes hanséatiques avait construit, à Gross Hansdorf, un établissement destiné aux invalides pensionnés tuberculeux du sexe masculin, mais, bien qu'il fût prévu pour 30 personnes, il n'en eut jamais plus de 26, depuis son ouverture (16 juillet 1903) jusqu'au 1^{er} avril 1908. A cette époque, l'insuccès de la tentative, que la propagande des médecins et des caisses d'assurance n'avaient pu éviter, détermina la transformation de cette maison en un établissement de repos (1). »

Néanmoins, dans certains cas, l'institution d'établissements spéciaux paraît présenter un très vif intérêt. Ceux-ci, n'ayant à s'occuper que d'une seule affection, peuvent être organisés d'une façon parfaite pour la lutte contre cette affection. Ils peuvent avoir tous les appareils spéciaux indispensables et toutes les installations nécessaires.

De plus, dans le cas des maladies contagieuses, l'isolement étant la première mesure à prendre, il est nécessaire que les individus atteints d'affections différentes soient séparés, pour que la contagion, évitée dans la famille, ne soit pas transportée à l'hôpital. Il ne faudrait pas, par exemple, grouper dans une même salle des diphtériques et des assurés atteints de rougeole, ces deux états morbides étant particulièrement graves quand ils se trouvent réunis chez une même personne. Dans

(1) BELLOM, *Rev. pol. et parl.*, 10 déc. 1911, p. 460.

tous les cas, on devra éviter le mélange des contagieux d'une nature différente. Cet isolement peut d'ailleurs se faire, soit par l'institution de maisons spécialisées, soit par la construction de pavillons isolés. C'est ce dernier procédé qui est adopté dans tous les hôpitaux modernes, où des pavillons séparés sont affectés à chacune des maladies contagieuses. D'autre part, il ne suffit pas de grouper dans une salle tous les malades d'une certaine catégorie. Ceux-ci, en effet, peuvent être plus ou moins gravement atteints et, par conséquent, la contagion sera encore à redouter. La nécessité d'un isolement individuel se fait donc sentir, surtout en ce qui concerne les affections particulièrement transmissibles. Ce n'est d'ailleurs pas seulement une remarque d'ordre théorique. Les hôpitaux modernes tendent vers cette organisation. C'est ainsi qu'à l'hôpital Claude-Bernard, certains contagieux sont soignés dans des chambres individuelles. A l'hôpital des Enfants-Malades, on réalise l'isolement absolu des diphtériques pendant la phase aiguë de la maladie. Ceux-ci sont traités dans une grande salle possédant deux rangées de lits, avec, au milieu, une large allée. Chaque lit est entouré par une cloison en verre et chacune de ces petites pièces communique, par une porte, avec l'allée centrale et, par une fenêtre, avec l'extérieur. Les malades se voient, tout en étant entièrement isolés. Cette mesure a eu, selon les docteurs chargés du service, des résultats très appréciables qui font souhaiter son extension.

Parmi ces affections contagieuses, il en est une qui, en raison de son importance considérable, a fait l'objet de mesures particulières : c'est la tuberculose. Partout, des sanatoria spécialement destinés à son traitement ont été institués. Situés dans des régions où l'air est vivifiant, à des altitudes variant selon les formes et les degrés de la maladie, ces établissements rendent de grands services pour la lutte anti-tuberculeuse. Les malades, qui y reçoivent les soins nécessaires, sont soumis à des traitements spéciaux, à des cures d'air et de soleil et sont fréquemment isolés dans des chambres individuelles. Les

mesures de prophylaxie y sont particulièrement développées et, comme nous l'avons pu voir par les quelques chiffres cités au cours de ce chapitre, des résultats considérables ont été obtenus.

Il nous faut parler ici d'une institution, qui ne rentre pas à vrai dire dans l'hospitalisation, puisqu'elle en est au contraire l'opposé, mais qui, cependant, est appelée à jouer un grand rôle dans la guérison des affections qui nous occupent, nous voulons parler des dispensaires.

La tuberculose est malheureusement très répandue, elle fait dans notre société de terribles ravages et il est presque impossible de soumettre tous les tuberculeux au traitement du sanatorium. Pour ceux qui doivent rester à la maison, parce que leur état ne nécessite pas une cure complète, le dispensaire intervient. Là, le malade trouve tous les conseils qui lui sont nécessaires pour sa guérison et la protection de sa famille, on l'éclaire sur les dangers de contagion qu'il sème autour de lui et sur les précautions qu'il lui faut prendre pour éviter la contamination de son entourage. Au dispensaire, il trouve des médecins qui possèdent tous les moyens indispensables au traitement et au diagnostic de la maladie.

L'intérêt de ces dispensaires n'est pas moins grand en ce qui concerne d'autres affections, telles que la syphilis par exemple. Ceux-ci sont également très répandus; grâce à leur installation spéciale, les dispensaires anti-syphilitiques soignent journellement des centaines de malades et participent ainsi, dans une très large mesure, à la lutte anti-vénérienne (1).

SECOURS A LA FAMILLE

Un dernier problème se pose au sujet de l'indemnisation du risque, il consiste dans l'extension possible des allocations

(1) C'est ainsi que les hôpitaux Saint-Louis, Broca organisent, le soir, des consultations pour les syphilitiques, que des dispensaires spéciaux existent dans presque tous les quartiers de Paris.

aux familles des assurés. Devra-t-on accorder les prestations de l'assurance à la femme et aux enfants des adhérents?

Cette question est susceptible de deux réponses différentes, suivant qu'il s'agit de l'indemnité pécuniaire, ou de l'allocation en nature.

Dans le premier cas, il semble qu'aucun risque ne soit survenu et que, par conséquent, la caisse n'ait pas à intervenir. L'enfant malade, étant à la charge de l'assuré, n'apportait pas d'argent à la maison, et sa maladie n'entraîne aucune perte pécuniaire directe. Tout au plus, une indemnité pourrait-elle être accordée, dans le cas où les soins ne sont pas alloués gratuitement par l'assurance. Cette somme d'argent aurait alors pour but d'aider le travailleur à subvenir aux dépenses occasionnées par la maladie d'un de ses enfants. Mais, si les soins médicaux et pharmaceutiques sont alloués, cette indemnité n'a pas de raison d'être et en fait n'est jamais accordée.

Il en est autrement pour les secours en nature. L'ouvrier ne parviendra généralement pas à soigner un de ses enfants gravement malade avec le seul produit de son salaire, qui doit recevoir normalement d'autres affectations. La caisse d'assurance, comme la collectivité, est intéressée à ce que tous les membres de la société aient une santé prospère et, par conséquent, à ce que tous les malades reçoivent les soins nécessités par leur état. Par des secours en nature, accordés aux familles des assurés, la société améliorera la santé publique et la caisse empêchera l'incurabilité d'un malade destiné à tomber plus tard à sa charge, quand il aura l'âge requis pour être soumis lui-même à l'assurance. C'est surtout en faveur des enfants que les soins à la famille paraissent nécessaires. « C'est souvent pendant la période de la vie comprise entre 4 et 11 ans, que les tares familiales, et en particulier, l'hérédité tuberculeuse, se manifestent chez l'enfant. C'est l'âge de la scrofule, de la coxalgie, c'est l'époque de l'anémie commengante, de la dénutrition, de la misère physiologique. Le microbe tuberculeux n'est pas encore dans sa phase active,

mais il guette sa proie, prêt à l'enserrer de ses terribles griffes à la moindre défaillance de l'organisme. Il faut que le médecin ait les moyens d'intervenir, qu'il soit armé, pour la lutte qu'il va avoir à soutenir contre le fatal bacille. » Quel procédé plus efficace que les soins donnés par l'assurance ? Celle-ci, avec les capitaux dont elle dispose, pourra organiser des écoles de plein air, des preventoria (1). « Là, une fiche sanitaire sera créée, qui permettra de se rendre compte de l'amélioration que peut donner la vie au grand air aux pauvres déshérités des grandes villes. Dans le même genre d'idées, on peut créer des jardins d'enfants, des colonies de vacances, etc... (2). »

Nous ne croyons pas utile d'insister ici sur la nécessité de cette extension des soins médicaux et pharmaceutiques. Ceux-ci étant d'une importance capitale pour l'hygiène de la population entière, tous les arguments exposés plus haut, au sujet du problème de l'allocation en nature, se retrouvent ici avec la même force. Aussi, une tendance générale se manifeste-t-elle, en faveur de l'assimilation complète de l'assuré et de sa famille, au point de vue des secours médicaux.

Cependant, toutes les législations d'assurance ne sont pas encore arrivées à cette assimilation. C'est ainsi que l'Allemagne et l'Angleterre ne comprennent les soins médicaux à la famille qu'au nombre des prestations facultatives. D'autres pays, au contraire, accordent les secours en nature aux personnes à la charge de l'assuré, au même titre qu'aux assurés eux-mêmes. Tel est le cas de la Roumanie, de la Pologne (art. 33), de la Serbie (art. 88) et de la Norvège (3) (ce dernier pays excluant seulement la fourniture d'appareils).

(1) C'est ainsi, qu'en France, des preventoria existent notamment à Montchic, Arès, Hendaye.

(2) D^r JOLICŒUR, *Contribution à l'étude des syndicats médicaux, en matière de médecine sociale* (Concours Médical, 8 janvier 1922, p. 120).

(3) En France, beaucoup de sociétés de secours mutuels étendent à la famille le bénéfice de leurs secours. Il en est ainsi également pour les Sociétés de secours aux ouvriers mineurs. En Suède, la Direction

Par l'exposé de ce dernier problème, nous avons épuisé les différentes questions soulevées par la nature des prestations de l'assurance, tant en ce qui concerne la maladie qu'en ce qui concerne l'invalidité. Il nous reste à examiner rapidement certains problèmes de détail, relatifs aux caractéristiques particulières de chacune de ces prestations. Il ne s'agira plus de la nature des secours accordés, mais des modalités susceptibles de les affecter.

§ II. — Modalités des prestations.

DURÉE DES SECOURS

Tout d'abord, il y a lieu de se demander quelle devra être la durée des prestations. Il convient de remarquer que la question ainsi posée est considérée à un point de vue général. Il ne s'agit pas ici de savoir pendant combien de temps les caisses maladie accorderont des secours et, par suite, à partir de quel moment l'assurance invalidité interviendra. C'est là le problème de la délimitation à établir entre les deux risques, et nous avons vu que la distinction pratique était tout à fait arbitraire. Il ne s'agit pas non plus de rechercher si les organismes d'assurance-maladie, quand celle-ci est seule instituée, alloueront des indemnités pendant trois mois, six mois ou un an. Les diverses solutions, qui interviennent à ce sujet, sont toutes dictées par des nécessités financières et, par conséquent, par des considérations pratiques qu'il ne nous appartient pas de discuter ici.

Ce que nous voulons étudier, ce n'est donc pas la fixation conventionnelle d'un laps de temps déterminé, qui relève exclusivement des situations positives du moment, mais la

des pensions contribue aux soins des enfants, par des sanatoria au bord de la mer (tuberculose des os, des articulations et des glandes) ou par des établissements spéciaux pour les enfants souffrant de syphilis héréditaire.

limite théorique, qu'il convient de donner aux secours de l'assurance, en raison de la nature des prestations et des motifs qui les ont fait accorder. En d'autres termes, nous examinerons à quel moment de la maladie et de l'invalidité les allocations seront supprimées.

La solution sera différente suivant les divers secours, ceux-ci ne répondant pas aux mêmes besoins.

En ce qui concerne les soins médicaux et pharmaceutiques, il paraît nécessaire qu'ils subsistent jusqu'à ce que la cause qui les a fait naître disparaisse, c'est-à-dire jusqu'à la guérison ou à la mort du malade; on peut toutefois envisager une troisième limite : le moment où, l'affection étant devenue incurable, l'état de l'invalidé n'appellera plus aucun traitement; mais nous avons vu que cette situation était très difficile à définir. Quoi qu'il en soit, le rôle dévolu au système d'allocation en nature est d'une importance sociale si grande que les soins médicaux doivent être alloués jusqu'à ce qu'ils ne présentent plus aucun intérêt. C'est là évidemment une solution théorique, qui n'a pas toujours été appliquée en pratique, les législations positives ont dû souvent s'en écarter, à cause des dépenses considérables qu'entraînerait une telle obligation.

Quant aux indemnités pécuniaires, leur durée paraît devoir coïncider avec la période d'incapacité de travail, puisque leur but est, justement, de compenser la perte produite par ce chômage forcé. Il semble donc que l'indemnité de maladie cessera le jour où l'assuré pourra reprendre son travail, et que la pension d'invalidité sera supprimée le jour où cette invalidité aura disparu, c'est-à-dire, quand l'assuré ne remplira plus les conditions fixées par la loi pour être qualifié invalide. Ce sera, par exemple, quand le pensionné pourra gagner un salaire supérieur aux deux tiers du salaire moyen, soit que son état se soit sensiblement amélioré, soit que l'accoutumance permette à l'assuré de fournir un certain travail productif, soit, enfin, qu'il trouve dans l'exercice d'une

nouvelle profession le moyen de se procurer un salaire supérieur à la limite légale.

Voilà des solutions logiques, qui semblent découler normalement de la nature des prestations et de la partie du risque que celles-ci sont chargées de couvrir. Mais, si on examine d'un peu plus près ce qu'est la maladie, on constate que le passage entre cet état et la santé ne se fait pas brusquement, sans aucune transition. Au contraire, il existe entre les deux situations un état intermédiaire, pendant lequel le malade n'a pas encore recouvré toutes ses forces antérieures. Il est guéri, certes, mais il sort de l'épreuve très affaibli, considérablement déprimé, et il est rigoureux de supprimer brusquement les secours et de contraindre ainsi l'ouvrier à reprendre immédiatement un travail fatigant. Le résultat ne sera-t-il pas néfaste? Ne devra-t-on pas craindre une rechute, beaucoup plus grave que la maladie primitive? L'individu en sera la première victime et, d'autre part, l'établissement d'assurance et la collectivité auront également à en souffrir. Leurs intérêts paraissent donc se liguier pour reconnaître la nécessité d'une période de transition, pendant laquelle des secours dits « de convalescence » seront alloués, mais cette décision, qui semble au premier abord absolument indispensable, se heurtera à des difficultés d'application. Quelle sera la limite entre la convalescence et l'état de santé? De graves abus seront à redouter, car « il est à peu près impossible de déterminer l'époque où devra prendre fin cette assistance complémentaire, le passage de la convalescence à l'état normal étant d'autant plus insaisissable, qu'à la suite d'une maladie prolongée, l'équilibre physique n'est jamais totalement reconquis » (1). Certes, des complications se présenteront, mais le docteur, qui a qualité pour apprécier la maladie d'un individu, devra

(1) DESLAIS, *Congrès de Montpellier des sociétés de secours mutuels*.

pouvoir déterminer également la nécessité d'une convalescence. C'est une question de contrôle, devant laquelle certains pays n'ont pas reculé, en présence des avantages que présente un tel mode d'allocation. C'est le cas notamment de l'Allemagne, de la Pologne et du Luxembourg.

Ces secours de convalescence pourront être donnés sous deux formes différentes : ou bien, une allocation pécuniaire sera accordée, pendant une certaine période, afin de permettre à l'ouvrier de reconstituer ses forces, avant de reprendre le travail, ou bien, le convalescent sera envoyé dans une maison de repos, où il fera une cure de suralimentation, de repos et de grand air (1). Le deuxième procédé paraît préférable, parce qu'il favorise moins les abus, et que, d'autre part, il semble plus efficace. Le malade sera arraché à un milieu malsain et contraint au repos. Si on le laisse dans sa famille, il est probable qu'il abusera prématurément de ses forces, pour rendre des services à la maison et qu'il compromettra ainsi son rétablissement.

Un autre problème se pose au sujet de l'intérêt d'une période de transition, dans la reprise des occupations du malade. On s'est demandé, quelquefois, s'il ne convenait pas de donner, aux assurés hospitalisés, un certain travail, permettant la récupération progressive de la capacité de gain. A ce sujet, les avis sont partagés, ainsi qu'il résulte de la discussion engendrée à la Conférence de Dresde de 1911 (2).

Pour les uns, « la reprise du travail évite la démoralisation de l'ouvrier », et le patron, qui procure au convalescent une occupation relativement aisée, facilite grandement le retour définitif au travail normal » (3).

(1) L'Allemagne, la Suède notamment ont organisé des maisons de repos, de convalescence.

(2) BELLOM, *Les assurances sociales devant la Conférence de Dresde, Revue pol. et parl.*, 10 décembre 1911, p. 460.

(3) D^r QUERTON, de Bruxelles.

Pour les autres, au contraire (1), l'exécution d'un travail par les malades est extrêmement critiquable. Cette pratique engendre un grave mécontentement chez les ouvriers : « Ceux qui ne sont chargés d'aucun emploi deviennent jaloux de leurs camarades occupés, qui reçoivent, sous forme de cigares, de bière ou d'une modeste somme, la rémunération de leur travail. »

Quoi qu'il en soit, ce système du travail des invalides est pratiqué assez couramment en Allemagne et notamment par les institutions d'assurance invalidité de Thuringe, d'Oldenbourg et de Hesse. Dans la première de ces institutions, « aucune rémunération n'est allouée, pour éviter que la parcimonie ne froisse l'amour-propre du pensionné » (2). Dans les deux autres, au contraire, l'invalidé reçoit une certaine somme d'argent, « qui l'empêche de quitter l'établissement hospitalier, pour subvenir aux besoins des siens » (3) et qui « permet la constitution d'un petit pécule, lequel, remis à l'ouvrier lors de son départ, fait face au chômage éventuel, jusqu'à l'obtention d'un emploi définitif » (4).

Un autre problème consiste à se demander sur quelle base on établira la durée des secours. Envisagera-t-on une seule maladie ou bien plusieurs maladies différentes, pendant une période déterminée? Par exemple, dira-t-on que le maximum d'allocation des secours est de trois mois pour une même année, ou bien de trois mois pour une même maladie? Nous n'insisterons pas sur cette question, que nous avons seulement voulu signaler. Les solutions, qui sont données dans la pratique, sont différentes et dépendent des ressources des caisses, qui cherchent par là à limiter leurs sacrifices.

Il convient, d'autre part, de rechercher si les caisses

(1) M. SIMANOWSKI, délégué de la caisse de maladie de Berlin.

(2) M. POMPLITZ, président.

(3) M. DUTTMANN, président de l'institution d'Oldenbourg.

(4) M. DIETZ, président de l'institution d'assurance invalidité de Hesse.

maladie, qui accordent, par exemple, les secours pendant six mois, cesseront leurs prestations après six mois consécutifs de maladie, ou bien si elles considéreront globalement, pour le calcul de ces six mois, les périodes distinctes de la même maladie, qui ne sont séparées que par un petit laps de temps. Autrement dit, estimera-t-on, ainsi que le font presque toutes nos sociétés de secours mutuels, que toute rechute de la même maladie, survenant dans un délai très rapproché, sera considérée comme la continuation de la maladie primitive? Une telle mesure semble raisonnable; sans elle, il suffirait que le malade reprenne son travail pendant quelques jours, fût-ce même pendant une journée, pour que la durée des secours se trouve prolongée à l'infini. Dans les systèmes où seule l'assurance maladie est organisée, les prestations des caisses seraient considérablement augmentées, et, dans le cas où les assurances maladie et invalidité fonctionnent simultanément, les caisses maladie seraient exposées à conserver les malades à leur charge, beaucoup plus longtemps qu'elles ne l'avaient prévu, et un tel système risquerait de compromettre leur équilibre financier. Pour éviter ces conséquences, toutes les lois d'assurance contiennent des dispositions assimilant les rechutes presque immédiates à la prolongation de la première affection (1).

INDEMNITÉS PÉRIODIQUES OU VERSEMENT D'UN CAPITAL

Dans la première partie de ce chapitre, nous avons montré la nécessité de l'allocation d'une certaine somme d'argent; il faut maintenant se demander sous quelle forme ce secours pécuniaire sera accordé : l'indemnité sera-t-elle périodique, ou bien allouera-t-on, dans certains cas, une véritable pension ou même un capital déterminé?

(1) Voir à ce sujet les lois d'assurance maladie de Pologne (art. 23); Angleterre (art. 8); Pays-Bas, Suisse, Autriche (loi du 6 avril 1907).

Cette dernière question ne saurait se poser pour la maladie, qui est une situation essentiellement temporaire; elle ne peut retenir l'attention que si l'on a affaire à l'invalidité permanente. C'est seulement dans ce cas que l'on peut avoir le choix entre le versement d'un capital ou le service d'une allocation périodique.

Sans même envisager la question de la difficulté où l'on se trouve de diagnostiquer infailliblement le caractère incurable d'une maladie, le système de l'allocation d'un capital paraît devoir être rejeté. Sans doute, dans certains cas d'invalidité permanente et partielle, et pour des individus d'un caractère particulièrement bien trempé, le paiement d'un capital peut présenter certains avantages : avec cette somme d'argent, l'assuré pourra peut-être entreprendre un petit négoce et utiliser ainsi les forces qui lui restent. Mais c'est une situation très spéciale. La plupart du temps, au contraire, le capital risquera d'être mal employé et dissipé par la victime ou sa famille. Ceci est d'autant plus à craindre qu'on a affaire à des individus peu fortunés, qui, brusquement, se verront en possession de sommes importantes (1). De plus, ce capital sera vraisemblablement mal fixé. Trop élevé ou trop faible, suivant le temps pendant lequel l'assuré est appelé à vivre, il risquera d'être disproportionné aux besoins de l'individu. Aussi, ce système n'est-il pas employé dans la pratique. Tout au plus peut-on en trouver un exemple, dans le décret espagnol du 11 mars 1919, qui, d'ailleurs, est une loi d'assistance beaucoup plus que d'assurance (2).

Le problème se trouve donc réduit à la question de savoir si on accordera des allocations périodiques, ou une pension garantie. Nous n'insisterons pas sur ce sujet, car les deux procédés ne diffèrent pas sensiblement. Nous avons vu, en

(1) Voir à ce sujet BOVET, *op. cit.*, p. 185.

(2) Le versement des travailleurs est facultatif et ne sert qu'à accroître la valeur des prestations.

effet, que l'invalidité comprenait des affections curables et que, d'autre part, l'invalidé pouvait s'adapter à une nouvelle profession. Par conséquent, les indemnités pécuniaires, quelle que soit la forme sous laquelle on les alloue, doivent être susceptibles de révision. Il ne peut donc s'agir d'une véritable pension viagère, et, si l'on donne aux invalides un titre de rente (qui pourra être retiré en cas de changement dans leur état), ce sera, uniquement, en vue d'éviter des complications d'écriture et de faciliter la gestion des établissements (1).

C'est dans le même but que certains organismes d'assurance accordent, pour les longues maladies, des indemnités mensuelles ou trimestrielles, au lieu d'allocations journalières et hebdomadaires. Toutes ces questions d'organisation pratique ne présentent pas un intérêt bien considérable et nous les laisserons de côté pour aborder un problème différent, qui consiste à se demander si le taux des secours en argent sera fixe ou bien s'il variera, soit dans un sens progressif, soit dans un sens dégressif.

INDEMNITÉS PROGRESSIVES, DÉGRESSIVES OU UNIFORMES.

Dans la majorité de nos sociétés de secours mutuels, les indemnités sont dégressives, leur montant allant en diminuant, au fur et à mesure que la maladie se prolonge. Les raisons de ce procédé sont multiples : on peut considérer que la santé va normalement en s'améliorant, et que, dans un grand nombre de cas, le malade peut reprendre petit à petit une partie de ses occupations. D'autre part, on incite par là l'assuré à abrégé le plus possible sa maladie et à reprendre son travail. Ce système peut également être adopté, pour

(1) La grande majorité des pays accordent des pensions aux assurés invalides. C'est notamment le cas de l'Allemagne, qui distingue les « rentes de maladie » (longues affections) et les « rentes d'invalidité » (affections incurables). En Angleterre, au contraire, les établissements d'assurance allouent toujours des indemnités périodiques.

éviter la cessation brusque de l'allocation; en réduisant celle-ci par paliers, la mesure paraît moins pénible.

Cette façon de procéder ne présente d'ailleurs pas de graves inconvénients, dans le cas d'affections de courte durée, car les ouvriers ont pu amasser quelques économies, grâce auxquelles ils compenseront aisément la réduction des indemnités; mais, si la maladie se prolonge, ce système paraît quelque peu paradoxal : les sommes épargnées étant épuisées, il conduit à restreindre les allocations au moment où les besoins d'argent sont les plus grands.

Aussi c'est en s'appuyant sur cette dernière constatation que certaines sociétés ont cru devoir accorder des indemnités progressives. Au point de vue théorique, celles-ci se justifient facilement, car elles varient en même temps que les besoins et, par suite, se rapprochent davantage de la réalité. Elles sont de plus, dit-on, avantageuses pour les finances des caisses, car les longues maladies sont les plus rares; par conséquent, les indemnités les plus élevées seront moins nombreuses que les allocations plus basses.

Mais, en revanche, ce procédé présente un inconvénient pratique, il risque d'engager l'ouvrier à prolonger sa maladie pour toucher une somme supérieure; il faudra donc organiser un contrôle particulièrement sévère.

Quoi qu'il en soit, dans la presque totalité des lois d'assurance, l'indemnité pécuniaire est fixe pendant toute la durée. Cette manière de faire paraît très logique. En effet, l'allocation en argent est destinée à couvrir le risque qui résulte de l'incapacité de travail, de la perte d'un certain salaire. Ce risque est le même à tous les moments, et il semble par suite naturel que le chiffre de l'indemnité soit invariable (1).

(1) A signaler également ici la question de savoir si l'indemnité pécuniaire sera allouée pour les dimanches et jours fériés, pendant lesquels les ouvriers ne touchent pas leur salaire.

INDEMNITÉS UNIQUES OU PROPORTIONNELLES
AUX CHARGES DE FAMILLE

Un autre problème se pose à propos des modalités qui affectent ces prestations, quoique sa solution dépende, comme dans certains cas examinés au cours de ce chapitre, de l'orientation que l'on veut donner à l'assurance. Il consiste à se demander si les secours doivent être proportionnels aux charges de famille. Il est évident que, si on considère seulement le risque lui-même, il ne faut envisager que la valeur du salaire perdu, et ne pas tenir compte des personnes qui sont à la charge de l'assuré. Si, au contraire, on se place, non plus au point de vue du risque, mais des besoins variés des individus et de la nécessité de faire participer les célibataires aux charges des assurés qui ont à entretenir une nombreuse famille, on accordera une allocation variable, suivant le nombre de membres de cette famille. Il en est ainsi dans beaucoup de pays; nous citerons notamment l'Angleterre, qui prévoit une réduction des indemnités pour les célibataires, la Suède, qui accorde un supplément de pension pour les enfants en bas âge, la Roumanie, qui alloue une indemnité égale à 50 % du salaire, pour les pères de famille, et à 35 % seulement, pour les célibataires; l'Allemagne accorde également une augmentation de 10 % de la pension d'invalidité, pour chacun des enfants au-dessous de 15 ans (1). Enfin, l'article 26 de la loi polonaise permet aux caisses de majorer le secours pécuniaire, pour les membres ayant à leur charge plus de deux enfants, de 5 % par enfant.

Un problème, ayant avec celui-ci une certaine analogie, se pose en ce qui concerne les pensions d'invalidité, qui peuvent être continuées à la veuve, après la mort de l'assuré. Celui-ci entretenait sa famille avec les arrérages de sa pension,

(1) § 1291 du Code impérial modifié par la loi du 12 juin 1916.

si sa mort laisse sans ressources des enfants encore incapables de travailler, il semble indispensable que ceux-ci bénéficient de l'indemnité que touchait leur père, et que, par suite, la pension d'invalidé soit réversible. Nous ne pouvons pas étudier davantage cette particularité qui est en dehors du cadre de notre ouvrage; il s'agit ici d'un secours au décès plutôt que d'une allocation d'invalidité.

Nous arrivons ainsi à la fin des développements relatifs à l'indemnisation du risque et, par là même, au terme de l'étude consacrée au risque lui-même.

TITRE DEUXIÈME

ORGANISATION DE L'ASSURANCE

Nous nous sommes proposé, dans les pages qui précèdent, de définir la nature des risques maladie et invalidité, c'est-à-dire, de préciser les cas pathologiques qui donneront naissance aux prestations de l'assurance, puis, nous avons examiné les remèdes qu'il convient d'apporter à ces situations, les différents secours qui devront être accordés aux malades et aux invalides, tant dans leur intérêt propre, que dans celui de la société tout entière.

Nous savons donc quel est l'objet de l'institution; nous connaissons les diverses allocations qu'elle devra accorder et les circonstances dans lesquelles elle les accordera. Le but de l'assurance étant ainsi déterminé, il nous faut maintenant rechercher les moyens propres à l'atteindre, étudier les systèmes d'organisation susceptibles d'assurer la distribution des secours et le fonctionnement régulier du service.

Au cours de cette étude, nous rencontrerons un certain nombre de difficultés, se distinguant assez nettement les unes des autres, mais présentant néanmoins des points de contact qui permettent de les grouper. Nous réunirons donc les questions connexes, ou comportant une certaine

similitude, et nous discernerons ainsi trois grands ordres de problèmes, qui feront chacun l'objet d'un chapitre spécial. Dans le premier, nous examinerons l'organisation technique et les complications qu'elle soulève; dans le second, nous passerons en revue les différents modes de l'organisation générale de l'assurance; et enfin, nous consacrerons un dernier chapitre aux questions de détail posées par le fonctionnement pratique des diverses institutions.

CHAPITRE PREMIER

ORGANISATION TECHNIQUE

Les différentes données techniques. — Organisation technique proprement dite.

Avant d'aborder l'examen des divers établissements auxquels on confiera la gestion de l'assurance, il convient de rechercher quelles seront les règles techniques qui présideront à leur organisation. Ce sont là, en effet, des questions primordiales, car la structure administrative, si parfaite soit-elle, n'éviterait pas l'échec et la faillite de l'institution, au cas où celle-ci reposerait sur des bases financières erronées.

Pour qu'une loi sociale de cette importance produise les résultats considérables que l'on attend d'elle, il est nécessaire qu'elle parte sur des données sûres, comportant le minimum d'aléas, il faut qu'elle s'inspire, pour l'élaboration des divers tarifs, des principes de la technique actuarielle, et qu'elle détermine scientifiquement le taux respectif des primes et des prestations.

Il y a lieu de remarquer que, dans la pratique, le problème peut se poser sous deux formes différentes. Ou bien les caisses ayant fixé le montant des cotisations (en raison par exemple de la capacité de paiement des assurés) se demanderont quel est le taux des prestations qu'il leur est possible d'allouer avec ces sommes, ou bien elles détermineront la quotité des indemnités qu'il leur faut accorder (en s'inspirant de la nature

et de la valeur des secours nécessaires à l'efficacité de l'assurance), et elles rechercheront alors le montant des primes qu'elles doivent exiger. Cette dernière méthode sera vraisemblablement la plus fréquente dans un système d'assurance sociale, où, comme nous le verrons, les ressources ne proviennent pas exclusivement des assurés, et où il est par suite possible de les faire varier plus facilement. Quoi qu'il en soit, les modes envisagés ne sont que les deux côtés d'un même problème, à savoir l'établissement du rapport qui doit exister entre les cotisations d'une part et les prestations d'autre part, et les difficultés sont analogues dans les deux cas.

Si, pour éviter toute confusion, nous supposons la question posée sous la forme qui consiste à rechercher la quotité des diverses contributions, la solution est évidemment subordonnée au montant des dépenses prévues; ce sont donc ces dernières qu'il convient d'apprécier. Pour cette estimation du total des frais occasionnés annuellement par le fonctionnement d'un groupement, il faut, tout d'abord, évaluer le taux de chacune des prestations prises individuellement, puis rechercher quel sera approximativement leur nombre. Une simple multiplication donnera alors la dépense globale de la société.

La valeur de l'indemnité en argent étant par hypothèse déterminée (par les besoins des individus, par exemple), la première difficulté se ramènera à fixer le coût des interventions médicales et pharmaceutiques. Il convient de noter que les charges afférentes à ces services peuvent être connues à l'avance, si on emploie certains modes de paiement des médecins et des pharmaciens (traitement annuel, abonnement (1), etc.). Dans le cas, au contraire, où la rémunération

(1) Dans ces systèmes, qui seront étudiés dans le dernier chapitre de cet ouvrage, les caisses allouent une somme globale, invariable dans le cas du traitement fixe, ou proportionnelle au nombre des assurés, dans l'abonnement. Dans les deux méthodes, il n'est pas tenu compte du nombre des malades et la dépense globale est exactement précisée à l'avance.

est calculée en raison des services rendus ou des produits fournis, le problème est plus complexe. Les frais varient suivant le nombre des interventions et le prix individuel de chacune d'elles. Il faut, en combinant ces deux éléments, trouver le taux moyen de ces dépenses par jour de maladie. Ces renseignements seront fournis par les données de l'expérience (on constatera, par exemple, que, dans un groupement, les charges occasionnées par les secours en nature ont été de tant pour une quantité donnée de jours de maladie) (1).

Nous n'entrerons pas ici dans l'étude de cette question, qui est très différente suivant le mode de rémunération adopté, les habitudes du corps médical et les prix des actes médicaux et des fournitures pharmaceutiques. Nous supposons que les frais résultant des prestations en nature sont exactement fixés, soit globalement, si on adopte certains systèmes de paiement, soit individuellement, dans le cas où on emploie les autres procédés de rémunération, et que les établissements d'assurance sont en possession de toutes les indications nécessaires, pour apprécier le coût moyen d'une journée de maladie.

La recherche du montant total des charges se ramènera donc au calcul du nombre des journées d'indisponibilité, pour l'ensemble des membres du groupement. Ce qu'il faudra préciser, par conséquent, c'est la fréquence de la réalisation des risques et leur étendue, c'est la quantité des assurés qui

(1) La statistique des opérations effectuées par les sociétés de secours mutuels, au cours de l'année 1920, ne nous permet pas de trouver une indication de ce genre. Elle donne seulement la dépense moyenne par membre participant; honoraires médicaux : 4 fr. 37; frais pharmaceutiques : 4 fr. 71 et la dépense moyenne par malade, secouru sous une forme quelconque (il y a lieu de remarquer que cette moyenne ne s'applique pas uniquement aux malades ayant reçu des allocations en nature), honoraires médicaux : 8 fr. 18, frais pharmaceutiques : 8 fr. 83. D'autre part, la durée et la nature des secours sont très variables suivant les sociétés et ces chiffres ne peuvent donc avoir qu'une valeur documentaire.

tomberont malades, au cours de l'année suivante, et la durée de leurs affections.

Il est évidemment impossible de percer le mystère de l'avenir et de savoir à l'avance si tel individu sera atteint par une affection. Les maladies, comme l'invalidité, sont des situations strictement personnelles, qui échappent totalement à une prévision directe. Elles sont subordonnées à une foule d'éléments qui ne sauraient être appréciés : le tempérament de l'individu, sa force de résistance physique, son état antérieur, ses antécédents. Elles résultent souvent de circonstances extérieures propres au malade : le milieu dans lequel il vit, les dangers de contagion auxquels il est exposé, etc... D'autre part, elles choisissent aveuglément leurs victimes ; les unes réussissent à échapper à leurs attaques, tandis que les autres ne guérissent d'une affection que pour en contracter une nouvelle. Des considérations très variées interviennent dans l'étiologie d'une maladie donnée, et l'homme est impuissant à les distinguer et à estimer à l'avance les conséquences qu'elles sont susceptibles d'entraîner.

Il est donc indispensable de se contenter d'approximations, qu'il faut chercher seulement à fonder sur des bases solides ayant une valeur scientifique réelle. Le seul moyen d'apprécier le nombre possible des malades est de considérer les résultats d'une constatation globale, effectuée sur un grand nombre d'assurés, pendant une période assez longue. La réunion de ces résultats permettra l'établissement d'une moyenne, qui aura une grande valeur pratique, en raison de l'étendue et de la durée de l'expérience. Les coefficients ainsi obtenus pourront servir de bases à l'élaboration des divers tarifs, car, sur un grand nombre d'individus, toutes les éventualités particulières que nous avons signalées tout à l'heure se compensent mutuellement et la proportion des malades et des valides est sensiblement analogue dans deux groupes importants de personnes. Ces observations générales nous seront fournies par les statistiques des opérations

des établissements existants et par les tables de morbidité qui, interprétant les données statistiques, font connaître le pourcentage des assurés malades, d'après la catégorie à laquelle ils appartiennent.

Nous examinerons ces différentes tables et nous chercherons à dégager de cet examen les quelques grands principes qui régissent notre matière. Puis, nous nous demanderons si les renseignements recueillis dans un pays déterminé peuvent s'appliquer intégralement dans un autre système d'assurance et enfin, nous envisagerons les divers moyens d'organiser l'institution, au point de vue technique, c'est-à-dire, les méthodes susceptibles de transporter dans la pratique les indications fournies par la théorie.

Des développements qui précèdent, on semble pouvoir inférer qu'il suffira de constater la proportion des malades, sur un effectif considérable de personnes, et que les renseignements recueillis correspondront à peu près exactement à la réalité. Il paraît possible, après avoir remarqué, par exemple, que, dans une société donnée, comprenant un grand nombre de membres, il y a eu environ 1 incurable pour 1.000 assurés, de conclure à l'identité de cette proportion dans un autre groupe important d'individus. Le problème technique serait ainsi excessivement simple, mais nous verrons, par les pages qui vont suivre, que la conclusion est beaucoup moins facile à tirer. Nous constaterons que les risques varient grandement, avec certaines catégories de sociétaires et que, par suite, les chiffres analogues à ceux précédemment indiqués, ne peuvent s'appliquer, avec précision, que dans un groupement d'une composition identique. Ces conditions seront rarement réalisées et les statistiques, du genre de celle envisagée plus haut, ne peuvent guère donner que des indications tout à fait approximatives.

§ I. — Les différentes données techniques.

Les risques, avons-nous dit, varient sensiblement avec la nature des éléments qui constituent la société. Ces différences se manifestent particulièrement entre les assurés d'âge, de sexe et de profession distincts. Nous examinerons successivement ces diverses variations, au point de vue de la maladie d'abord, et de l'invalidité ensuite.

ASSURANCE MALADIE

Variation de la morbidité avec l'âge des individus.

Afin de faire ressortir l'importance relative de la morbidité, en raison de l'âge des individus, nous citerons quelques chiffres caractéristiques, empruntés aux statistiques françaises, italiennes et anglaises. Nous envisagerons, d'abord, la diversité dans la proportion des malades, puis, ensuite, la différence dans la quantité des jours de maladie.

Le relevé des observations recueillies par M. Bodio (1), parmi les Sociétés de secours mutuels italiennes, indique que, sur 100 sociétaires de 20 à 25 ans, le nombre annuel des malades est de 21,3, qu'il s'élève à 23,2, pour les assurés âgés de 40 à 45 ans, et à 34,4, pour ceux compris entre 70 et 75 ans. En France, les statistiques des opérations de la Société des ouvriers en soie de Lyon (2) fournissent des indications analogues : 21,6 malades, sur 100 sociétaires de 30 à 35 ans, et 32,1, sur le même nombre d'affiliés âgés de 65 à 69 ans.

La progression est peut-être encore plus nette, en ce qui concerne la quantité moyenne des jours de maladie, par

(1) *Annali del credito e della Previdenza* (V. Rapport de M. FONTAINE, à l'Exposition Universelle internationale de 1889. Section sociale. Section V).

(2) Portant sur un total de 88.000 adhérents et ce, pendant les années 1872 à 1888.

adhérent. La table de Hubbard (1), qui prévoit quatre jours de maladie pour les assurés de 20 ans, fixe ce chiffre à 6 pour ceux de 40 et à 12 pour ceux de 60. On trouve les mêmes variations dans la table de Watson (2), qui donne, comme moyenne (pour les maladies de moins de 6 mois), 5 j. 670 pour les membres de 21 ans, et 7 j. 966 pour ceux de 45, contre 17 j. 990 à 65 ans, et 21 j. 385 à 70 (3).

Les sources différentes, auxquelles nous avons puisé nos renseignements, permettent d'affirmer la généralité de la règle : les personnes âgées apportent beaucoup plus de risques, à une caisse maladie, que les individus jeunes.

Ce sera la première constatation, que nous retiendrons de l'examen des statistiques. Une deuxième remarque doit être faite : elle résulte de la variation de la morbidité, en raison du sexe des assurés.

Variations de la morbidité avec le sexe des assurés.

Nous trouvons, à ce sujet, des renseignements caractéristiques, dans les résultats des opérations de la Société des ouvriers en soie de Lyon (4). Les coefficients fournis par cette association sont les suivants : le pourcentage des malades est, entre 30 et 35 ans, de 14,4 hommes et 23,9 femmes, et, entre 55 et 60 ans, de 19,6 et de 24,7.

Une différence analogue est constatée, à propos du nombre des jours de maladie : entre 30 et 35 ans, celui-ci

(1) HUBBARD, *De l'organisation des sociétés de prévoyance ou de secours mutuels et des bases scientifiques sur lesquelles elles doivent être établies*. Paris, 1852.

(2) Actuaire anglais qui a établi des tables de morbidité pour la Société « Independent order of oldfellows Manchester Unity » d'après la morbidité constatée dans cette importante société pendant la période 1893-1897 (V. mémoire de M. P. BOURGEOIS-GAVARDIN, au Congrès de Nice).

(3) Voir également les tables de M. Francis NEISON, d'après l'expérience de l'« Ancient order of Foresters », pendant les années 1871 à 1875, publiées en 1882.

(4) Déjà citée.

est de 3,5, par sociétaire homme, et 7,6, par femme assurée; entre 60 et 65 ans, ces chiffres s'élèvent respectivement à 10,6 et à 13,7 (1).

L'opposition entre les deux catégories d'adhérents ressort plus fortement encore, si on envisage, non plus la quantité des journées de maladie par sociétaire, mais le nombre de jours par malade; on trouve alors : 24,6 pour les hommes et 32,7 pour les femmes malades entre 30 et 35 ans, 34,6 et 40,8 entre 45 et 50 ans (2).

La morbidité des femmes semble donc très supérieure à celle des hommes; on peut dire, il est vrai, que, dans l'exemple précédent, cette différence est exceptionnelle, car elle est due, en partie, à la nature de la profession, « la manœuvre du métier à tisser exigeant une gymnastique contraire à la santé de la femme » (3).

Cependant, si nous prenons des exemples plus généraux, ceux fournis par les statistiques des opérations effectuées, pendant l'année 1920, par les caisses reconnues suisses (4), nous trouvons la confirmation de la règle, avec un écart plus important pour les caisses d'entreprises (5). Les résultats

(1) La statistique des opérations effectuées pendant l'année 1920 par les sociétés de secours aux ouvriers mineurs donne, comme moyenne des jours de maladie par ouvrier : 9.88, pour les ouvriers du fond, 7.99, pour les ouvriers du jour et 14.16, pour les femmes.

(2) Il y a lieu de remarquer ici que la différence entre la morbidité des deux sexes n'est pas constante. Entre 18 et 19 ans, le nombre des hommes malades est de 17.3 et celui des femmes 12.8 (soit 4,5); entre 30 et 34 ans, les chiffres sont 23.9 et 14.4 (soit 9,5); entre 45 et 49, 19.5 et 16.6 (soit 2,9). Les coefficients des journées de maladie sont respectivement à 18 ans : 3.1 pour les hommes et 3.8 pour les femmes (soit une différence de 0,7), entre 30 et 34, les taux sont 3.5 et 7.8 (soit 4,3) et entre 50 et 54, 7.8 et 9.4 (soit 1,6). En somme, dans les deux cas, la différence est beaucoup plus grande dans la période 30 et 34 ans qu'aux âges inférieurs et supérieurs. Ce phénomène s'explique aisément par la maternité qui est souvent la cause de troubles pathologiques.

(3) Rapport FONTAINE, 1889.

(4) Compte rendu de l'office fédéral des assurances sociales.

(5) Cet écart provient sans doute de la nature des travaux imposés à la femme.

de ces observations indiquent que, « si le nombre des journées de maladie indemnisées est supposé égal à 100, pour les hommes, ce nombre est de 123 pour les femmes assurées des caisses d'entreprises, et de 116,9 pour les femmes assurées des autres caisses » (rurales et urbaines) (1). La même statistique nous montre que le prix des allocations en nature est plus élevé pour les femmes des caisses ordinaires que pour les hommes. Si la somme des frais médicaux et pharmaceutiques, pour hommes, est supposée égale à 100, on obtient, pour les femmes, le chiffre de 143,9. Si nous examinons maintenant la moyenne des jours de maladie indemnisés, par chaque membre des deux sexes (pour toutes les caisses en général) nous trouvons : 8,49, par assuré masculin, et 10,05, par assuré féminin.

La règle se formule donc bien d'une façon tout à fait générale : la morbidité des femmes est supérieure à celle des hommes (2).

Une autre observation s'impose maintenant : elle provient de la différence du degré de morbidité suivant les métiers des individus.

Variations de la morbidité avec la profession des assurés.

« Beaucoup de travailleurs sont exposés, en raison de la profession qu'ils exercent, à des risques spéciaux, qui augmentent, quelquefois dans des proportions sensibles, les chances ordinaires d'incapacité temporaire de travail. »

Ces risques dérivent, les uns de l'insalubrité de certaines

(1) Ces chiffres ne sont basés que sur les caisses, dont les prestations sont accordées pendant 180 jours dans une période de 360 jours consécutifs.

(2) Les statistiques allemandes, pour l'année 1906, indiquent que, sur 100 assurés du même sexe, on constate les taux suivants de journées de maladie : 743 pour les hommes et 804 pour les femmes (Statistique des assurances ouvrières allemandes de 1885 à 1906. Publication du ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, 1909, p. 48).

industries, et se réalisent dans des affections organiques de la vue, des voies respiratoires, des tissus musculaires, des os, du sang, les autres, de l'action directe des forces naturelles : pesanteur, feu, etc., ou du contact de machines puissantes qui utilisent ces forces, et se réalisent généralement dans des lésions externes du corps humain (1). Les premiers, seuls, paraissent ressortir à notre étude, les seconds étant considérés comme des accidents du travail.

Nous prendrons, comme exemple de ces variations, la table résultant de l'expérience de la Manchester Unity (2). Les professions y sont divisées en quatre groupes : 1° agriculture et professions non comprises dans les groupes suivants; 2° chemins de fer, navigation, pêche; 3° métallurgie et industrie chimique; 4° mines.

Les coefficients de morbidité, entre 30 et 34 ans, sont de : 5, pour la première catégorie; 6,1, pour la deuxième; 7,5, pour la troisième, et 9,6, pour la dernière. Entre 50 et 54 ans, on trouve les mêmes différences : 9,6, 11,7, 12,5 et 18,5.

En ce qui concerne spécialement l'industrie, des renseignements intéressants nous sont fournis par M. Hans Forssell (3), qui s'est inspiré de l'expérience suédoise. Le nombre annuel de jours de maladie, par sociétaire, est de : 1,5 dans le travail du liège; 4,5 dans les filatures et tissages; 5,2 dans la menuiserie; 8,4 dans les usines à zinc et à cuivre, et 14,7 dans la fabrication de la porcelaine. Ces quelques données, prises parmi les plus caractéristiques, suffisent à montrer la différence des cas de maladie suivant le métier exercé par l'assuré.

(1) Rapport FONTAINE, 1889.

(2) Ministère italien de l'Industrie, du Commerce et du Travail. « L'Assicurazione obbligatoria contro le malattie » (*Alli della Commissione incarita della preparazione di uno schema de disegno de legge*), Rome, 1920, p. 29.

(3) Voir BELLOM, *La Mutualité libre à l'étranger*, p. 79.

ASSURANCE CONTRE L'INVALIDITÉ

Si nous examinons maintenant, non plus la question de la maladie, mais celle de l'invalidité, nous nous trouvons en face d'un problème un peu spécial.

En effet, nous l'avons vu, les établissements d'assurance contre l'invalidité ne sont pas uniquement chargés de servir des rentes aux membres atteints d'une incapacité permanente de travail, ils interviennent également dans les longues affections, à partir du moment où celles-ci ne sont plus du ressort des caisses maladie.

Par suite, suivant que l'on considère principalement l'un ou l'autre côté de la question, les statistiques sont sensiblement différentes. Dans certains pays, en Angleterre, par exemple, où les deux risques, maladie et invalidité, sont couverts par le même organisme, les tables se bornent à donner le nombre de jours d'indisponibilité, pour les affections d'une durée déterminée (6 mois, 1 an, 2 ans, au delà de 2 ans). Si, au contraire, on a en vue le service des pensions, on établit, d'une part, des tables d'entrée dans l'invalidité, qui font connaître la probabilité de survenance du risque, pour les diverses catégories d'individus, et, d'autre part, les tables d'extinction de l'invalidité, dont la principale cause est la mort des pensionnés.

Nous étudierons donc successivement les variations constatées dans le nombre des jours d'incapacité de travail, puis, les chances, pour chaque sorte d'assuré, de devenir incurable et enfin nous examinerons les tables de mortalité des invalides.

Variations dans le nombre des journées d'indisponibilité.

Nous passerons très rapidement sur cette question, qui est sensiblement analogue à celle posée à propos de la maladie. Il s'agit ici, en effet, d'une catégorie spéciale d'affections, qui, en raison de leur durée, ne sont plus soumises aux éta-

blissements d'assurance contre la maladie. La limite entre les deux institutions étant, comme nous l'avons vu, fixée arbitrairement par le législateur, le problème soulevé ici ne peut pas différer beaucoup de celui que nous venons d'examiner.

Nous nous bornerons donc à citer quelques chiffres qui suffiront à montrer le sens identique des variations. Si nous nous reportons aux tables de Watson, nous remarquerons, tout d'abord, que les coefficients vont également en croissant avec l'âge des assurés (il en est ainsi, aussi bien dans le deuxième semestre de la maladie qu'après la deuxième année). Prenant nos exemples dans la table relative aux affections d'une durée supérieure à deux ans, nous constatons que la quantité des journées d'indisponibilité, par membre, est de : 0,028 à 20 ans; 1,015 à 36; 2,499 à 45 et 13,475 à 60 ans. Au-dessus de cet âge, la progression atteint une rapidité extraordinaire, mais l'invalidité se confond alors avec la vieillesse. Nous ne donnerons que quelques moyennes : 27,944 à 65 ans; 55,944 à 70 et 156,541 à 80 ans (1).

Si nous envisageons maintenant le même problème, en ce qui concerne le sexe des assurés, nous trouvons que les coefficients, indiqués pour les maladies d'une durée supé-

(1) Une remarque trouve place ici. En effet, il y a lieu de signaler que, si la progression avec l'âge existe aussi bien dans le 1^{er} semestre d'invalidité, qu'après la 2^e année, les coefficients de chaque âge déterminé sont beaucoup plus élevés au début de l'affection qu'après une certaine durée. En d'autres termes, le nombre des journées d'indisponibilité relatives aux courtes maladies est beaucoup plus important que celui des jours afférant aux longues maladies. Ces indications étant du plus haut intérêt au point de vue technique (le nombre moyen des journées de maladie étant très différent, suivant que le groupement envisagé accorde des secours pendant un laps de temps plus ou moins long), nous citerons cependant quelques chiffres caractéristiques empruntés aux tables de Watson. Le nombre des jours de maladie, par adhérent âgé de 21 ans, est de 5,341 pour le 1^{er} trimestre de maladie; 0,567 pour le 2^e trimestre; 0,322 pour le 2^e semestre; 0,168 pour la 2^e année et 0,063 après la 2^e année.

rière à cent quatre-vingts jours, sont : à 20 ans, 0,50 pour les hommes et 0,52 pour les femmes ; à 30 ans, ils deviennent respectivement : 1,50 et 1,58 ; à 40 ans : 3,55 et 3,75 ; à 60 ans : 24,87 et 26,28 (1).

Au point de vue des professions, des variations, analogues à celles indiquées tout à l'heure, se manifestent entre les membres des divers métiers (2).

Tables d'entrée dans l'invalidité.

Les chances, qu'ont les divers assurés de tomber invalides, sont également fonction de leur âge. Les travaux préparatoires de la loi allemande nous fournissent des indications à cet égard. Alors qu'on a, à 21 ans (3), 22 chances sur 100.000 de devenir incurable l'année suivante, à 41 ans, la probabilité est de 350, à 61 ans de 5.598 et à 71 ans de 22.393.

Une variation semblable est constatée dans les calculs de Zimmermann, sur les chemins de fer. Les chiffres, qu'il fournit, sont : 21 à 20 ans ; 220 à 35 ans ; 1.375 à 50 ans ; et 9.752 à 65 ans (4).

Si nous recherchons, d'autre part, l'influence exercée ici par le sexe, nous constaterons que des différences très sensibles surgissent, dans l'intensité des diverses maladies, suivant qu'il s'agit des hommes et des femmes. La statistique allemande, pour la période 1896-1899, donne les résultats suivants : sur 100 bénéficiaires de rente d'invalidité du même sexe, les taux des causes d'indisponibilité sont, pour les diverses affections : affaiblissement, anémie : 15, pour les hommes et 22,1, pour les femmes ; rhumatismes : 6,2 et

(1) *Assicurazione obbligatoria contro le malattie*, p. 110.

(2) Voir p. 118.

(3) Mémoire F. DUBAR, au Congrès de Nice.

(4) Ministère italien de l'Industrie, du Commerce et du Travail, *L'assicurazione obbligatoria contro la invalidita e la vecchiaia (Studio matematico, del prof. Tullio-Bagni)*, Rome 1919, p. 20.

8,5; tuberculose pulmonaire : 15 et 9,5 (1); maladies mentales : 1,8 et 2,1; maladies nerveuses : 1,9 et 2,5; maladies du cœur : 6 et 8,6.

Ce ne sont donc pas les mêmes règles qui régissent l'invalidité des femmes et celle des hommes et il faut admettre que les coefficients de leur entrée dans cet état diffèrent sensiblement.

En ce qui concerne les variations, résultant de l'occupation exercée par les assurés, nous donnerons quelques chiffres sur l'intensité variable de certaines affections, suivant la profession des individus (2). C'est ainsi que le pourcentage des invalides, dont les maladies des poumons et des bronches ont causé l'incapacité de travail, est respectivement, de 36 dans les industries du bois, de 32,2 dans les industries du métal, de 28,6 dans le bâtiment et de 27,2 chez les domestiques. Les coefficients fournis pour les maladies nerveuses sont : 18 dans les industries du métal, 17 chez les domestiques, et 16 dans le bâtiment. Les chiffres indiqués pour les maladies des os diffèrent encore davantage; ils sont de : 17,9 dans le bâtiment, 14,8 chez les domestiques et 11,6 dans les industries du bois.

Chez les femmes employées (comme couturières, etc...), les données sont de 22,5, pour les affections nerveuses, et 17,5, pour la tuberculose, contre 15,3 et 6,8 chez les domestiques du même sexe (3).

En ce qui concerne spécialement cette dernière maladie, les tables allemandes font ressortir avec force son intensité

(1) La tuberculose fait donc, proportionnellement, plus de ravages chez les hommes que chez les femmes, il en est de même des autres affections pulmonaires (16.7 et 8.9).

(2) Observation de la Caisse d'invalidité de Berlin. (*Rapport de M. FUSTER, au Congrès de Nice.*)

(3) « Il faut encore, dans l'invalidité, envisager autre chose que la fréquence des affections, il faut tenir compte de leur gravité et de l'influence qu'elles exercent sur la capacité de travail des assurés : à ce point de vue, on ne saurait considérer, comme frappés au même

variable, suivant les grands groupes de profession. Si nous examinons la proportion, sur 1.000 cas d'invalidité des rentes causées par la tuberculose, parmi les hommes âgés de 20 à 24 ans, nous constatons que ces chiffres sont respectivement de 371 dans l'agriculture, de 624 dans l'industrie et de 568 dans les autres professions. Chez les femmes du même âge, la différence est encore plus grande. Les coefficients sont alors de 284 dans l'agriculture, 597 dans l'industrie et 355 dans les autres professions. La proportion est sensiblement équivalente pour les âges supérieurs à 25 ans (1).

Tables de mortalité des invalides.

Nous avons dit plus haut que la mort des pensionnés était la cause principale de la cessation du service des rentes. Nous avons basé notre affirmation sur une statistique allemande, qui portait sur 132.361 cas d'interruption des pensions d'invalidité. Sur ce chiffre, 125.835 étaient dus au décès des bénéficiaires (soit 95,07 %), contre 5.474 seulement (soit 4,14 %), à la guérison des invalides (2) et 1.052 (soit 0,79 %), à d'autres causes, telles que la concession d'un capital (à ceux qui quittent le territoire), la coexistence de deux sortes de pensions, etc... (3).

Il est donc possible de faire abstraction de ces derniers éléments et de considérer, comme tables de mortalité, les tables allemandes de sortie de l'invalidité.

degré, certains ouvriers incapables de trouver un travail ou, tout au moins, de s'y adapter et les nombreux ruraux, par exemple, qui trouvent presque toujours le moyen de travailler un peu dans la mesure de leurs forces. » (FUSTER, au Congrès de Nice.)

(1) Statistique des années 1896 à 1899.

(2) Il faut remarquer que les rentes servies par les établissements d'invalidité allemands sont de deux sortes : les rentes de maladie, qui sont accordées aux assurés qui ont été malades pendant plus de 26 semaines (longues maladies) et les rentes d'invalidité, accordées en cas d'incapacité permanente de travail. C'est de ces dernières seulement qu'il est question ici.

(3) *Assicurazione contro la invalidita*, p. 22.

Leur examen donne des résultats, au premier abord, très surprenants. Si on prend, en effet, la probabilité de la mort des pensionnés, au cours de la première année d'incapacité de travail, les chiffres diminuent, au fur et à mesure que les invalides sont plus âgés. La règle précédente semble donc être totalement renversée. C'est ainsi que, si on envisage, d'une part, l'âge des assurés au moment où ils sont tombés invalides et, d'autre part, les chances qu'ils ont de mourir, au cours de l'année qui suit la survenance du risque, on trouve, pour les individus âgés de 20 à 25 ans, 0,512; pour ceux de 30 à 35, 0,375; de 40 à 45, 0,304; de 50 à 55, 0,208 et de 65 à 70, 0,132. Une étude rapide de ces renseignements semble donc aboutir à une conclusion tout à fait opposée au principe, que nous avons trouvé consacré jusqu'ici. Mais, en revanche, si nous considérons la mortalité, au cours de la cinquième année d'invalidité, nous assistons tout d'abord à une diminution, puis, à partir d'un certain âge, la mortalité croît. Les coefficients sont alors, entre 20 à 25 ans, de 0,083; entre 45 et 50, de 0,065; puis, entre 55 et 60, de 0,071; entre 65 et 70 de 0,097 et entre 70 et 75, 0,115.

Quelle peut être la cause de ces anomalies apparentes? L'ouvrage cité plus haut (1) nous fournit une explication : « Les personnes qui deviennent incapables de travailler, dans leur jeunesse, souffrent, en général, de maladies graves qui les conduisent rapidement à la mort, telles que la tuberculose des poumons. Parmi celles qui, au contraire, deviennent invalides à un âge avancé, il s'en trouve beaucoup chez qui la cause de l'invalidité est la disparition progressive des forces, et beaucoup sont atteintes de maladies qui réduisent la capacité de travail, dans de fortes proportions, mais n'entraînent pas une mortalité plus importante. »

Si nous considérons, en effet, non plus la mortalité après la cinquième année d'invalidité, mais celle, après la huitième

(1) *Assicurazione contro la invalidita.*

année, par exemple (1), nous trouvons que la valeur des coefficients va en croissant avec l'âge des assurés. Les chiffres donnés sont : à 20 ans, 0,0351 ; à 30, 0,0370 ; à 40, 0,0394 et, à 60, 0,0701. La même progression existe, en ce qui concerne la mortalité, après la huitième année d'incapacité de travail.

En somme, l'âge n'intervient pas uniquement ici, il faut encore tenir compte de la nature des affections, qui atteignent les individus (nous avons vu (2) que la tuberculose était une des causes les plus graves d'invalidité et de mort, et elle suffit à elle seule à modifier le principe).

Les exemples précédents font ressortir, en outre, une autre caractéristique de la mortalité des invalides. Celle-ci est beaucoup plus forte dans les premières années qui suivent la survenance du risque (3). Cette différence s'explique aisément ; quand l'invalidé est assez vigoureux pour résister, pendant plusieurs années, à la maladie qui le ronge, il se trouve alors « dans un état quasi normal, qui est de nature à rester longtemps stationnaire » (4).

Si nous cherchons maintenant à résumer, en quelques règles générales, les développements qui précèdent, nous pouvons dire que, par la combinaison entre les variations de la mortalité, qui sont exactement inverses, pendant les premières années d'incapacité et pendant les années plus éloignées, s'établit une règle, qui se formule ainsi : « La mortalité des invalides, au lieu de croître régulièrement, comme la mortalité de la population générale, décroît, jusqu'à un certain âge, puis s'élève progressivement (5). »

(1) Ces renseignements nous sont fournis par les tables italiennes, *op. cit.*, p. 108.

(2) Voir page 33. Nous donnerons ici quelques chiffres empruntés aux statistiques allemandes pendant la période 1896-1899. Si, sur 1.000 cas d'invalidité, la tuberculose est la cause de 624 rentes, pour les ouvriers de l'industrie de 20 à 25 ans, les taux sont respectivement 505 de 30 à 35 ans ; 352 de 40 à 45 ; 162 de 50 à 55 ; et 54 de 60 à 65.

(3) Voir les chiffres donnés pour la 1^{re}, 5^e et 8^e année d'invalidité.

(4) GUYOT-FAUQUET, au Congrès de Montpellier, p. 85.

(5) BELLOM, *Assurance contre l'invalidité*, p. 16.

On peut, en dehors de cette constatation, dégager quelques autres principes. La mortalité des invalides est supérieure à la mortalité ordinaire. L'excès de l'une sur l'autre est d'autant plus élevé que l'âge est moindre, et elle disparaît, à un âge voisin de 75 ans. La preuve de cette particularité nous est fournie par la comparaison entre la table allemande envisagée tout à l'heure et la table de mortalité de la population germanique : à 35 ans, la première indique 37,9 et la seconde, 11,0; à 45 ans, les données sont respectivement : 42,7 et 16,8; à 60 ans, 61,0 et 38,2 et à 75 ans, 124 et 120. La courbe de la mortalité des invalides rejoint également, dans un autre sens, la courbe de la mortalité générale. Il en est ainsi, lorsqu'on envisage les chances de décès des pensionnés, après une dizaine d'années d'indisponibilité. A ce moment, pour la raison que nous avons signalée tout à l'heure, l'invalidité est stabilisée et elle ne sera que très rarement la cause de la mort de l'invalidé.

Si nous laissons maintenant de côté la question des variations résultant de l'âge, pour examiner celles provenant du sexe, nous trouvons dans la table italienne citée plus haut les indications nécessaires. Les personnes qui deviennent invalides à l'âge de 20, 30, 50 et 60 ans ont les chances suivantes de mourir au cours de la première année : les hommes, 0,540, 0,431, 0,239 et 0,154; les femmes, 0,477, 0,243, 0,105 et 0,072. Si nous prenons, aux mêmes âges, la probabilité, pour les pensionnés, de mourir après la onzième année d'invalidité, les coefficients fournis par la même table sont, pour les hommes : 0,0310, 0,0363, 0,0567 et 0,0909; et, pour les femmes : 0,0241, 0,0243, 0,0353 et 0,0625. Les données relatives aux années comprises entre la première et la onzième contiennent des notions analogues. On peut donc dire que la mortalité des invalides du sexe féminin est inférieure à celle des invalides masculins et que la caisse devra servir des rentes, pendant une durée proportionnellement plus grande, aux femmes qu'aux hommes. Il convient de noter en passant,

que la différence est d'autant moins importante que l'invalidité dure depuis plus longtemps.

En ce qui concerne les variations de la mortalité en raison de la profession, nous citerons quelques coefficients empruntés aux indications fournies par M. Hans Forssell (1).

Le nombre annuel des décès pour 100 sociétaires est de 0,1 dans les exploitations forestières; de 0,8 dans les usines à fer; de 1,9 dans les mines de houille; de 2 dans la fabrication de la porcelaine; de 2,1 dans la fabrication du gaz et de 2,6 dans les forges.

Les quelques chiffres qui précèdent nous ont permis de constater que des variations très sensibles se manifestaient dans les coefficients de morbidité des diverses catégories d'assurés. Un examen rapide des statistiques considérées isolément a fait ressortir nettement que les risques étaient différents, suivant l'âge, le sexe et la profession des individus. Est-ce là les seules causes de différenciation? Il est évident que nous n'avons en vue en posant cette question que les variations qui sont communes à tout un groupe d'adhérents, il ne peut s'agir des différences individuelles.

Si on réfléchit quelque peu à ce problème, on trouve immédiatement que d'autres éléments sont susceptibles de faire varier l'étendue des risques. Le climat, d'abord, n'est pas sans avoir une grande influence sur l'organisme humain, les conditions économiques ont également leur répercussion sur le nombre et la durée des affections : si les individus gagnent largement de quoi se subvenir et se nourrir convenablement, ils seront moins sujets aux maladies. Il en sera de même s'ils vivent dans un milieu sain, où toutes les règles d'hygiène sont observées : ils se porteront mieux dans une habitation bien aérée, laissant largement pénétrer la lumière, que dans des chambres sombres, où ils passeront leurs jours dans une promiscuité malsaine. De nombreuses considérations inter-

(1) Fondées sur l'expérience suédoise déjà citée.

viennent donc pour modifier les prévisions établies. Peut-on estimer celles-ci, avec la même précision que nous avons pu apprécier les autres motifs de variation? Le problème est ici beaucoup plus difficile. La comparaison des diverses tables, que nous avons examinées jusqu'ici, n'est pas susceptible de nous fournir des indications utiles. Si on les rapproche les unes des autres, on remarque, en effet, des différences considérables, qui ne peuvent venir exclusivement des causes particulières que nous venons d'énumérer. C'est ainsi que les résultats des opérations de la *Manchester Unity* donnent, comme nombre moyen de jours de maladie par sociétaire, 10,4, pour les membres de 50 à 54 ans, que les observations italiennes indiquent 7,9, que le chiffre suédois est de 6,6 et que la table de Janse (1) donne 9,7. D'autre part, la table de Kinkelin (2) prévoit, de 20 à 24 ans, 5,6 jours de maladie, celle de Moser (3), 5,0; celle de Hans Forssell, 1,5.

Ces écarts anormaux sont dus, en grande partie, à la diversité des méthodes employées pour établir les statistiques. Tout d'abord, les chiffres donnés sont ceux des journées de maladie indemnisées et, par conséquent, sont très variables suivant les dispositions statutaires. Dans certains cas, les secours sont alloués depuis le début de la maladie, dans d'autres, ils ne le sont qu'après plusieurs jours. Quelquefois, les allocations sont accordées pendant six mois; d'autres fois, elles le sont pendant neuf mois ou davantage (4). De plus, des divergences se produisent, au sujet de la définition à donner au mot maladie et surtout au terme invalidité. En

(1) Observations de *Algemeen Ziekenfonds voor Amsterdam* sur 452.755 cas de maladie.

(2) De Leipzig basée sur 36.030 assurés masculins.

(3) Observations de la caisse cantonale de Berne basées sur 359.341 cas de maladie.

(4) Nous avons vu que le nombre des journées de maladie était très variable suivant la durée pendant laquelle les secours étaient accordés. Cet élément suffit à lui seul à modifier les prévisions. Voir note, page 120.

outre, aucun plan uniforme n'est adopté, certaines statistiques groupent tous les jours de maladie indemnisés par l'ensemble des sociétés sur lesquelles porte l'observation, sans distinguer que les unes n'accordent pas des secours pendant la même durée que les autres. Dans d'autres circonstances, des corrections méthodiques sont effectuées, en vue de compenser les différences de traitement entre les diverses sociétés (1).

On rencontrera donc un certain nombre de difficultés pour appliquer une statistique déterminée à un autre groupement.

*Conditions auxquelles est subordonnée l'application
des diverses tables.*

Tout d'abord, si les tables, sur lesquelles on s'appuie, ne prévoient pas la répartition des assurés suivant leur âge, leur sexe et leur profession, des différences très graves pourront se produire entre les coefficients qu'elles fournissent et les résultats réels de la morbidité, dans un établissement donné. Nous avons vu, en effet, que des variations importantes se produisaient, pour les différentes catégories de membres. Il en résulte que, si les groupes ne sont pas exactement définis, la probabilité indiquée ne sera exacte que pour une société composée, à ce point de vue, à peu près des mêmes éléments.

D'autre part, pour que les résultats soient rigoureusement applicables, il faut que les conditions de la vie, le climat, etc., soient sensiblement analogues.

En outre, la diversité des indications fournies par les tables nous a montré que celles-ci n'étaient pas faites suivant un principe identique. Il sera du plus haut intérêt de savoir pendant quelle durée les secours sont accordés, dans les sociétés ayant servi de bases aux observations. La différence considérable dans le nombre des maladies brèves et des affections plus longues serait susceptible de fausser, dans une grande mesure, les proportions envisagées.

Enfin, il faut encore tenir compte de la qualité des indi-

(1) Par exemple table de M. BODIO.

vidus sur qui a porté la statistique. Si on a affaire à un régime de liberté, les résultats seront généralement plus favorables que dans un système de coercition. En effet, les établissements sont alors libres d'admettre ou de refuser les personnes qui sollicitent leur adhésion. Ils écarteront donc, tout naturellement, ce qu'on est convenu d'appeler les « mauvais risques », c'est-à-dire les individus qui, soit en raison de leur âge avancé, soit en raison de leur état plus ou moins malade, risqueraient d'être la cause de dépenses trop importantes. La statistique portera donc sur une population sélectionnée qui, normalement, fournira moins de malades qu'un nombre égal de personnes, groupées obligatoirement au sein d'une caisse, sans égard à leur force de résistance physique.

Il ne faudrait cependant pas conclure de ces remarques que les tables de morbidité fussent totalement inapplicables, pour une institution autre que celle qui les a faites.

Elles peuvent, au contraire, présenter un intérêt considérable. Tout d'abord, elles sont d'une exactitude presque absolue, pour les groupements ayant une grande analogie avec celui sur lequel ont porté les observations. D'autre part, on peut leur faire subir certaines rectifications, destinées à les mettre en harmonie avec les conditions particulières à l'établissement dans lequel on veut les faire jouer. Elles servent, dans tous les cas, de bases très sérieuses. Les renseignements qu'elles donnent permettront de ne pas trop s'éloigner de la réalité et de débiter, avec une approximation suffisante, qui évitera la rupture de l'équilibre financier. En outre, des indications précieuses seront fournies, en ce qui concerne la variation des risques suivant l'âge, le sexe et la profession des individus (1). L'étendue de cette variation étant à peu près analogue, ces principes sont susceptibles d'une application relativement aisée.

(1) De même aussi, en ce qui concerne la variation des journées d'indisponibilité, suivant la durée des affections.

Pour se servir utilement des autres données, il sera nécessaire de connaître, avec précision, la méthode suivie pour la construction de la statistique, ainsi que l'étendue des prestations des sociétés (durée des secours...). Sous ces réserves, on peut admettre que les coefficients fournis par les tables correspondront presque exactement à la morbidité du nouveau groupement, à condition que l'on ait affaire à un groupe élevé d'assurés.

Cette dernière constatation nous montre l'intérêt qu'il y a, dans notre matière, à constituer des sociétés assez vastes. Cette importance des grands nombres dérive d'ailleurs de la nature même des renseignements fournis par une table.

Nous avons signalé le caractère très varié des affections, suivant les individus, qui nous a conduit à reconnaître la nécessité de baser les moyennes sur une quantité considérable d'observations. Nous retrouvons ici la même question, sous un jour différent. De même que, pour l'établissement de la statistique, il a fallu considérer un grand nombre de situations, pour que son application soit rigoureuse, il faut également que les sociétaires soient suffisamment nombreux, afin d'assurer la réalisation de la moyenne.

Nous donnerons quelques indications numériques, destinées à déterminer la portée véritable de cette proposition. Dans une société de 10.000 membres, on peut prévoir, dans le courant d'une année, 2.479 cas de maladie, mais il peut néanmoins se produire, en plus ou en moins, 17 autres cas. Si la dépense moyenne, par sociétaire et par an, est de 37 fr. 80, elle pourra, par suite, varier de 37 fr. 55 à 38 fr. 05. Dans une société de 100 membres, au contraire, le nombre des cas de maladie peut varier de 23 à 27 et la dépense oscillerait alors entre 34 fr. 75 et 40 fr. 85. L'écart constaté ici, avec la dépense moyenne, est 12 fois plus grand que dans le premier cas (1).

(1) *Rapport* FONTAINE, 1889.

Cet exemple numérique montre bien quel est l'intérêt d'avoir des sociétés assez importantes, pour que les excédents anormaux des risques soient répartis sur un nombre aussi grand que possible d'individus (1).

Maintenant que nous avons tiré, de l'examen des statistiques, les règles générales qui président aux variations de la morbidité, et que, d'autre part, nous avons montré les conditions auxquelles était subordonné l'emploi des tables, nous rechercherons quelles sont les différentes méthodes susceptibles d'appliquer ces données de l'expérience, en d'autres termes, nous examinerons le problème de l'organisation technique proprement dite.

§ II. — Organisation technique proprement dite.

Les établissements d'assurance, une fois en possession des renseignements qui leur sont donnés par les tables, devront se demander comment ils en tiendront compte dans la pratique. Le problème est alors dominé par une question très vaste, qui peut se résumer ainsi : fera-t-on une assurance individuelle, dans laquelle les cotisations de chaque assuré seront déterminées par l'importance du risque qu'il apporte à la société, ou bien, une assurance sociale, qui demandera à tous la même contribution, celle-ci étant calculée de façon à correspondre à la moyenne de tous les risques apportés.

ASSURANCE INDIVIDUELLE OU SOCIALE

Il convient de remarquer, tout d'abord, qu'il s'agit là d'un problème technique tout à fait distinct. La même solution peut en être donnée, aussi bien par une institution d'État que par un organisme autonome, par un système d'assurance obligatoire que par un régime de prévoyance libre."

(1) Nous verrons comment, dans la pratique, cette proposition a été appliquée, dans le chapitre réservé à l'organisation générale.

Cette remarque nécessaire une fois faite, nous examinerons successivement les deux catégories d'assurance.

En faveur de l'assurance individuelle, on dit que « la prime, payée par chaque assuré, doit être proportionnelle à la probabilité du sinistre contre lequel il veut se garantir, et à l'importance de l'indemnité stipulée en cas de sinistre » (1).

L'application pratique de cette théorie conduit, d'abord, à « exiger des sociétaires une cotisation proportionnelle à leur âge, le risque étant, comme nous l'avons vu, beaucoup plus fort pour les individus âgés. Le tableau dressé par l'ordre des Forestiers « constate que la cotisation devrait être de 17 fr. 35 à 25 ans; de 33 fr. 20 à 45 ans; de 41 francs à 50 ans et de 81 fr. 30 à 60 ans; la prime moyenne, de 25 à 64 ans, étant de 37 fr. 80. S'il s'agit d'une assurance facultative (ou même, dans une certaine mesure, d'une assurance obligatoire, dans laquelle les assujettis ont une assez grande liberté pour choisir la caisse qui leur convient, et où celle-ci s'administre elle-même et bénéficie de ses excédents de recette), le fonctionnement du système de la cotisation unique est, dit-on, incompréhensible. « Que les membres, âgés de 47 ou 48 ans, s'accommodent de ne payer que les primes moyennes, cela se conçoit aisément, mais, que les jeunes sociétaires consentent à payer 37 fr. 80, alors qu'ils doivent seulement 17 fr. 35, ce n'est admissible que s'ils n'ont aucune notion des risques qu'ils courent; autrement, ils se retireront et formeront entre eux une société, où ils pourront se garantir, réciproquement, les mêmes réparations en cas de sinistre, tout en s'imposant des sacrifices moindres. » Et alors, si la proportion de jeunes sociétaires diminue, la société n'échappera à la faillite que par une augmentation peut-être considérable des cotisations (la prime moyenne variant forcément en raison de la répartition par âge des membres de la société).

(1) *Rapport* FONTAINE, 1889.

Mais, disent les adversaires du système, celui-ci entraînera des complications inouïes dans l'administration des sociétés. Les cotisations des membres devant augmenter chaque année, la gestion deviendra très complexe.

On propose alors un autre procédé, destiné à éviter ces modifications annuelles dans le taux des contributions. La prime exigée est constante, pour chaque assuré, mais elle est d'autant plus forte qu'il a adhéré plus vieux à la société (1). C'est ainsi que, des tarifs calculés par Francis Neison, au taux de 4 %, il résultait que la cotisation, variable avec l'âge d'entrée, devait être de 30 fr. 25, pour les individus âgés de 25 ans au moment de leur admission, de 46 fr. 60, pour ceux de 40 ans, de 81 fr. 10, pour ceux de 60 ans, etc. (2).

Cette méthode, qui réalise une certaine simplification est cependant encore assez compliquée car, si elle est appliquée rigoureusement, elle entraîne la coexistence, dans un même groupement, de primes variables pour chaque adhérent.

Pour éviter cet inconvénient, on a pensé alors à faire payer aux sociétaires une cotisation unique, mais à demander, en revanche, un droit d'entrée compensateur, d'autant plus élevé que l'adhérent est plus âgé. Ce procédé, qui est adopté par une ou deux sociétés de secours mutuels françaises (3) est rarement applicable. Pour que le droit compensateur

(1) C'est le système anglais, en ce qui concerne les assurés facultatifs.

(2) « Les chiffres ainsi fixés, constants pour toute la durée de l'assurance, mais variables d'un assuré à l'autre, suivant l'âge d'admission, supposent que l'assureur ne sera pas obligé de modifier les bases de ses tarifs et, en particulier, le taux d'intérêt dont il y est tenu compte. Les modifications du taux de l'intérêt ne laissent pas de préoccuper toutes les personnes qui s'occupent d'assurance. » FONTAINE, *op. cit.*

(3) Nous ne voulons pas dire, par là, que le droit d'entrée soit rarement exigé en France. Au contraire, il est presque général et, souvent, il est d'autant plus élevé que l'adhérent est plus âgé, mais cependant, il ne peut pas être considéré comme un véritable droit compensateur, en raison de son taux, qui est très nettement inférieur à l'accroissement des risques apportés.

réponde vraiment à son but, il faut qu'il soit très élevé, et il sera souvent impossible d'exiger une somme aussi forte des assurés. Ceux-ci préféreront renoncer à l'assurance, plutôt que de verser une prime aussi importante.

« On pourrait alors réduire, à la fois, l'inconvénient de la diversité des primes, et celui de l'élévation excessive des droits d'entrée, en adoptant le système mixte suivant : les sociétaires admis à certains âges régulièrement espacés : 25, 30, 35 ans, par exemple, paieraient la cotisation annuelle correspondant à ces âges. Les sociétaires admis à un âge intermédiaire paieraient la cotisation de l'âge inférieur de l'intervalle (s'ils ont 32 ans, celui de 30 ans), et un droit d'entrée, variant entre des limites assez restreintes (1). »

Certaines personnes (2) pensent, d'autre part, qu'« on peut se contenter de cotisations présentant un petit nombre de variations ; par exemple, une même cotisation, pour les âges à l'admission compris entre 15 et 30 ans, une deuxième, de 31 à 40 ; une troisième, de 41 à 45, et une quatrième, de 46 à 50. Cette échelle suffit dans la pratique, sans entraîner une véritable complication d'écritures » (3).

« Les sociétés, ajoute-t-on, qui prétendent pratiquer l'assurance, pour une longue période, moyennant une cotisation uniforme pour tous les sociétaires, sans droit d'entrée payable par ceux qui sont admis à un âge supérieur à l'âge minimum d'admission, ou avec un droit d'entrée inférieur à la réserve, que leur entrée tardive n'a pas permis de former, violent le principe des cotisations proportionnelles au risque

(1) *Rapport FONTAINE*, 1889.

(2) *Rapport MARIE*, 1900.

(3) C'est ainsi que la loi norvégienne n'exige, des assurés facultatifs, une prime supplémentaire, que si ceux-ci sont âgés de plus de 50 ans. Le Danemark prévoit une cotisation, pour les assurés âgés de moins de 25 ans au moment de leur admission, une autre pour ceux de 25 à 33 ans, une troisième, pour ceux de 33 à 40 ans et les adhérents de plus de 40 ans paient une prime fixée par la Direction du fonds de l'assurance.

et à l'indemnité, et favorisent ceux qui se décident tardivement à recourir à l'assurance, au détriment de ceux qui ont écouté, dès leur jeunesse, les conseils d'une sage prévoyance (1). »

Comme on le voit, les arguments développés en faveur de ce système s'adressent surtout à un régime de prévoyance libre, les inconvénients signalés étant particulièrement importants dans l'assurance facultative. Cependant, il ne faut pas en conclure que le procédé inverse soit exclu du domaine de la liberté : nous verrons, au contraire, que la grande majorité de nos sociétés de secours mutuels n'exigent de leurs membres qu'une cotisation unique.

Les partisans de la proportionnalité des primes aux risques réclament, naturellement, une cotisation différente aux assurés masculins et aux membres féminins (cette pratique est d'ailleurs très fréquemment suivie par les sociétés de secours mutuels (2)), et ils préconisent, en outre, le groupement professionnel. M. Fontaine, à ce sujet, s'exprimait en ces termes : « Dire qu'il est utile que la composition de chaque association soit homogène, cela ne signifie pas que, dans le même temps, les membres d'une même société doivent être soumis à des risques, présentant de l'un à l'autre la même probabilité. A ce compte, ils devraient tous avoir le même âge, exercer la même profession, se trouver dans des conditions identiques d'existence. L'homogénéité d'une société d'assurance contre la maladie et l'invalidité est suffisante, lorsque la salubrité et la sécurité des professions exercées par les sociétaires, les conditions d'hygiène, d'habitation,

(1) *Rapport* FONTAINE, 1889.

(2) Cf. l'article 6 de la loi suisse, qui exige que les mêmes conditions d'admission soient imposées aux membres des deux sexes, et l'article 35, qui prévoit une subvention de l'État supérieure pour les adhérents féminins. V. la loi suédoise contre l'invalidité, qui fixe le montant des pensions à 30 %, pour les hommes, et à 24 %, pour les femmes, du nombre total des cotisations versées.

dans lesquelles ils vivent, sont du même ordre. Le groupement professionnel est donc le plus rationnel. D'autre part, l'analogie des salaires, dans un même métier, rend plus facile le règlement des cotisations et des indemnités, de façon à ne pas imposer aux sociétaires des prélèvements excessifs et à réparer, d'une manière efficace, les sinistres qui les frappent. »

Nous n'insisterons pas ici sur la question des caisses professionnelles, ce problème devant être traité à propos de l'organisation générale de l'assurance. Nous nous bornerons à signaler le reproche adressé, non pas au système de groupement lui-même, mais, au principe qui consiste à faire payer une cotisation d'autant plus forte que la profession ou le lieu d'habitation sont moins salubres (1). On aboutit ainsi, dit-on, à aggraver encore les inégalités de condition et à faire supporter, à l'ouvrier, les conséquences d'une situation dont il n'est pas responsable (2).

Quant à la prime proportionnelle à l'âge, elle consistera à réclamer des sommes élevées aux ouvriers âgés (que la cotisation aille en croissant avec l'âge, ou qu'elle soit constante, mais d'autant plus élevée que l'assuré était plus vieux au moment de son admission), et les travailleurs devront payer davantage, alors que la réduction de leurs forces aura vraisemblablement entraîné une diminution de leur salaire.

Enfin, dit-on, les inconvénients signalés peuvent être évités en partie, grâce au versement, par l'État, d'une subvention qui permettra de ne pas majorer, autant qu'il serait nécessaire, la cotisation des assurés jeunes.

(1) Norvège : « Le tarif doit indiquer le montant des primes, en tenant compte des différents risques de maladie, selon les divers établissements. A ces fins, les membres peuvent être répartis en deux classes de risques. »

(2) Aussi, les pays qui prévoient des ressources plus fortes, en ce qui concerne les membres de certaines professions, demandent généralement une contribution supplémentaire, non pas à l'ouvrier, mais à l'employeur. Voir, dans ce sens, Pologne (art. 59). Pays-Bas (les primes pouvant être majorées de 50 %). Allemagne, § 384.

Dans les lignes qui précèdent, nous avons montré les caractéristiques de l'assurance individuelle et les moyens de l'organiser. Avant d'envisager le même problème, en ce qui concerne l'assurance sociale, nous comparerons rapidement les deux systèmes, de façon à faire ressortir leurs différences essentielles. D'abord, « pour l'établissement des conditions de l'assurance, l'actuaire jouit, dans le premier procédé, d'une liberté beaucoup plus grande que dans le second. Il peut débattre avec l'assuré les éléments du contrat ». Sans doute, il lui faut tenir compte, dans une certaine mesure, des besoins des individus pris isolément, « mais ceux-ci sont beaucoup plus souples et plus compressibles que les besoins sociaux de la collectivité ». Dans l'assurance sociale, « les éléments du contrat sont véritablement déterminés par les besoins de la population et s'imposent à l'actuaire » (1).

D'autre part, le rôle de celui-ci est beaucoup plus compliqué dans ce dernier mode d'organisation. Comme l'a signalé M. Kaan, « l'actuaire tient de l'assurance individuelle l'outil à manier; mais le caractère propre de l'assurance sociale exige la découverte et l'emploi de nouvelles méthodes ». En effet, l'assurance, qu'elle soit sociale ou non, comporte la péréquation des ressources et des charges et cette péréquation n'est pas réalisée sous la même forme dans les deux cas : « Dans l'assurance sociale, les assurés sont considérés globalement et non pas individuellement; l'équilibre qu'il faut alors obtenir, c'est celui entre l'ensemble des ressources et l'ensemble des charges. » Dans l'autre assurance, au contraire, « chaque assuré conserve une individualité propre, au point de vue comptable, et s'il profite, ainsi que ses co-associés, des avantages de la prévoyance collective, il a droit cependant à une péréquation rigoureuse, entre ses engagements et les allocations qui lui sont promises. C'est le principe dit « de l'équivalence ».

(1) BELLOM, *Les questions ouvrières et la science actuarielle*.

En d'autres termes, selon l'observation de M. Schromm (1), fonctionnaire du ministère autrichien de l'Intérieur, dans l'assurance sociale, « la collectivité des personnes assurées apparaît comme un nouvel organisme indépendant : elle doit être, non plus, envisagée comme une réunion d'individus, mais considérée en elle-même, comme un tout homogène à qui appartient un caractère durable ».

Dès lors, l'assurance sociale étant une assurance de groupe, la prime sera une prime moyenne, évaluée d'après l'ensemble du groupe, et non une prime individuelle.

Le principe de l'équivalence mentionné plus haut (c'est-à-dire l'équivalence entre la valeur des allocations et celle des primes) est commun aux deux systèmes. La différence consiste seulement en ce que cette équivalence est, dans un cas, individuelle, et dans l'autre, collective.

Une des caractéristiques de l'assurance individuelle étant que la prime y est calculée pour chaque assuré, celui-ci possède un droit personnel sur les réserves mathématiques constituées à son égard. « S'il quitte l'assurance, cette individualisation permet de lui restituer le montant de ses versements, accrus de leurs intérêts successifs. Dans l'assurance sociale, au contraire, les réserves forment un tout indivis, qui a pour unique objet de faire face à l'ensemble des sinistres éventuels. Le caractère collectif de la prime ne comporte aucune restitution effective des sommes déjà versées par l'assuré qui abandonne l'assurance. Celles-ci profitent à la collectivité (2). »

En résumé, le propre de l'assurance individuelle c'est le versement, par chaque assuré, d'une prime calculée en raison du risque particulier qu'il apporte à l'établissement. La caractéristique de l'assurance sociale, facultative ou obli-

(1) *Rapports présentés au VI^e Congrès international d'Actuaires*, Vienne, 1909, I, p. 562.

(2) BELLOM, *op. cit.*

gatoire, c'est le paiement, par tous les membres d'un même groupement, d'une prime moyenne, qui correspond à un risque commun à tous les associés, ceux-ci étant présumés, en vertu du contrat ou de la loi, exposés à ce risque dans des conditions identiques.

Dans ce dernier système, en vertu d'un principe de solidarité, on exigera de certains adhérents (les individus jeunes, par exemple), une cotisation plus élevée que celle nécessaire à couvrir le risque qu'ils apportent personnellement. En revanche, la prime des personnes âgées sera inférieure à l'importance du risque qu'elles apportent. Cette constatation nous conduit à reconnaître que, si ce système est applicable dans un régime de prévoyance libre, il donnera cependant des résultats plus sûrs dans l'assurance obligatoire. En effet, pour que le taux de la prime moyenne corresponde à la réalité, qu'il soit suffisant et qu'il n'appelle pas des modifications fréquentes, il faut que les risques apportés par l'ensemble des assurés soient à peu près constants. Cette identité ne sera réalisée que dans un groupement très important. Il sera, par suite, plus facile d'appliquer ce procédé dans un régime de coercition, qui permettra la réunion d'une quantité considérable d'assujettis. Les diverses catégories d'assurés étant déterminées par la loi, tant que les conditions légales ne seront pas modifiées, l'assurance comprendra les mêmes classes d'adhérents, et « l'identité dans la constitution du risque se trouvera donc garantie ». En particulier, l'obligation permettra de conserver une proportion à peu près équivalente, entre les membres âgés et jeunes : ceux-ci, étant contraints de s'assurer, viendront renouveler constamment l'effectif des groupements, qui ne risqueront pas d'être, un jour, composés uniquement de vieillards. Le reproche, basé sur l'injustice du système, perd une grande partie de sa valeur. Certes, les jeunes paient pour les vieux, mais ils sont assurés, quand ils seront devenus eux-mêmes âgés, de bénéficier, à leur tour, des apports de leurs successeurs. L'égalité entre

les générations d'assujettis est ainsi réalisée, au cours de l'existence entière des divers individus. Aussi, la totalité des législations obligatoires adoptent-elles ce mode d'assurance et, de plus, comme nous l'avons signalé, on le trouve appliqué très couramment dans la Prévoyance libre, mais son succès est subordonné alors aux admissions constantes de membres jeunes (1).

Ces réflexions nous amènent à dire quelques mots d'une question qui présente une importance considérable : la nécessité absolue, pour une assurance obligatoire, d'être réellement coercitive. Nous avons vu, en effet, que la prime moyenne était calculée, en raison de la composition des différents groupements, de l'étendue globale des risques apportés par l'ensemble de leurs membres. Pour que les prévisions soient vérifiées par la pratique, il faut que les bases, qui ont servi à les établir, soient effectivement réalisées, il faut que les éléments, composant les sociétés, soient bien ceux qui ont été envisagés pour l'évaluation des risques, il est nécessaire que tous les travailleurs soumis à l'assurance y participent réellement. Si une grande partie d'entre eux y échappent, le fondement même des calculs est renversé et toutes les données se trouvent faussées. Dans le cas où la contrainte n'existe que sur le papier, il est à craindre que ce soient les ouvriers les plus jeunes et les mieux portants qui se refusent à verser leurs cotisations. Ils apprécieront

(1) Cette particularité n'est pas sans causer des soucis importants à beaucoup de nos sociétés de secours mutuels, qui voient faiblir leur recrutement et dont l'effectif vieillit, parfois dans de fortes proportions. Il y a lieu toutefois de remarquer que les sociétés n'admettent que les personnes dont l'âge est inférieur à 45 ou 50 ans. La presque totalité des groupements fixent ainsi une limite d'âge (ceux qui, par esprit de solidarité, comme l'Association des Huissiers, admettent toutes les personnes, quel que soit leur âge, sont une infime minorité) et cette disposition empêche un accroissement considérable des mauvais risques et amoindrit, dans une certaine mesure, le reproche d'injustice, les sociétaires, malades après un certain âge, ayant fait acte de prévoyance pendant leurs années de jeunesse.

bien moins l'utilité de l'assurance et ses avantages que les individus âgés ou malades. Ceux-ci, au contraire, n'hésiteront pas à payer une prime, qui est appelée à leur procurer des prestations bien supérieures au montant du sacrifice consenti.

Et alors, l'assurance ne comprendra que les mauvais risques, les individus âgés. Comme ceux-ci paient une cotisation inférieure aux charges qu'ils apportent, les établissements seront incapables de tenir leurs engagements. Les conséquences les plus néfastes résulteront de cette situation, qui ne se résoudra que par la faillite de la société ou l'intervention pécuniaire de l'État. Cette dernière donnera à l'assurance un caractère presque exclusif d'assistance, la grande majorité des assujettis recevant, en tout état de cause, plus qu'ils n'ont versé. L'assurance obligatoire doit donc être sanctionnée et la contrainte effective.

Avant de laisser de côté ce problème de l'assurance sociale, nous examinerons brièvement les principales méthodes de calcul de la prime moyenne. Celles-ci sont au nombre de trois.

Dans la première, la plus ancienne, on calcule rigoureusement les primes individuelles (c'est-à-dire les cotisations correspondant aux risques de chaque assuré), puis on les additionne et on répartit ce total entre chacun des assujettis. Si les prestations sont les mêmes pour tous, la répartition se fera simplement par tête d'adhérent. Si elles varient suivant certaines catégories d'affiliés (en raison des salaires, par exemple), on tiendra compte de la différence des avantages et le total obtenu sera divisé, entre les membres, proportionnellement au montant des allocations qui leur sont promises.

Dans les développements qui vont suivre, nous supposons, pour éviter toute complication, que la quotité des prestations est égale, pour tous les membres du groupement.

Dans la deuxième méthode (appliquée par l'assurance obligatoire allemande contre l'invalidité et désignée, pour ce

motif, sous le nom de « méthode allemande »), on opère comme suit : on calcule la prime techniquement nécessaire, pour les âges d'entrée les plus fréquents. (Il y a lieu de remarquer que, dans l'assurance obligatoire, ce sont les âges les plus bas, car tous les travailleurs étant assujettis, les nouveaux adhérents sont ceux qui atteignent l'âge minimum, fixé par la loi, pour être soumis à l'assurance.) La prime ainsi fixée est adoptée comme prime de base, pour tous les assurés, quel que soit leur âge d'entrée. Nous venons de voir que les âges envisagés étaient les plus bas; comme, d'autre part, la première génération assurée (au début du fonctionnement de l'institution), comprendra des individus très âgés, la prime de base sera insuffisante pour couvrir la totalité des risques. Il serait nécessaire que le déficit fût comblé par une réserve mathématique antérieurement constituée; or, celle-ci est inexistante. Pour la remplacer, on calcule l'intérêt, qui correspondrait à cette réserve, si elle existait, on en répartit le montant sur tous les assurés. La prime de base est ainsi augmentée du produit de cette répartition. « Cette méthode suppose que l'assurance sera éternelle et que, au moment où le fonctionnement aura atteint l'état d'équilibre, la mortalité des assurés correspondra rigoureusement à leur accroissement, que l'effectif sera constant; enfin, elle ne fait pas intervenir la répartition par âge des assurés (1). »

Dans la troisième méthode (appliquée par M. Kaan au projet de loi autrichien du 3 novembre 1908 et désignée, pour ce motif, sous le nom de « méthode autrichienne »), on admet que la composition par âge de l'effectif des assurés ne se modifie pas, au cours du temps. Par suite, la principale cause de variation des risques étant écartée, l'hypothèse conduit à décider que le total des charges sera invariable, pour un même nombre d'assurés, et qu'il augmentera proportionnellement à l'accroissement de l'effectif. Il en résulte

(1) BELLOM, *op. cit.*

alors, que « le rapport du total des dépenses d'une année au nombre des individus soumis à l'assurance pendant cette même année, est constant. Ce rapport donnera la prime cherchée » (1). Toutefois, au début du fonctionnement de l'assurance, des modifications se produiront forcément dans la composition des groupements et, pour en tenir compte, on emploie un procédé de calcul un peu plus compliqué, dans lequel nous n'entrerons pas ici, nous contentant d'exposer le principe.

Dans cette méthode, comme dans la précédente, les intérêts suppléent à la réserve absente, mais il est tenu compte de la répartition des assurés par âge.

Ces quelques données permettent de constater que, « pour la détermination de la prime moyenne, l'actuaire est amené à mettre en œuvre, non seulement les bases qui lui sont familières dans l'assurance individuelle, savoir la mortalité, la probabilité de maladie et d'invalidité et le taux de l'intérêt, mais encore, de nouveaux éléments de calcul, notamment la composition par âge de l'effectif des assurés ».

Nous n'insisterons pas davantage sur la distinction de l'assurance individuelle et de l'assurance sociale. Nous touchons là à des questions purement techniques, qui soulèvent des difficultés d'un caractère spécial et nous n'avons pas qualité pour les approfondir.

Nous laisserons donc de côté ce problème, pour envisager maintenant, très succinctement, une autre difficulté de l'organisation technique, qui consiste à rechercher laquelle des deux méthodes il convient d'adopter : celle de la répartition ou celle de la capitalisation.

RÉPARTITION OU CAPITALISATION

Ce problème, qui se pose ici en ce qui concerne le service des pensions d'invalidité, se ramène finalement à cette double

(1) BELLOM, *op. cit.*

hypothèse : ou bien, on exigera des assurés une prime annuelle, dont le total sera égal au montant global des arrérages reçus, pendant la même année, par l'ensemble des pensionnés, ou bien, on demandera aux sociétaires des cotisations annuelles successives, toujours égales entre elles dans la pratique, calculées de manière à ce qu'au moment où un sinistre se produira, elles aient permis la formation d'un capital suffisant pour constituer la pension à servir.

Dans le premier cas, on répartira, chaque année, le montant des charges entre les assurés, c'est le système de la répartition. Dans le deuxième, on constituera des réserves destinées à fournir le capital constitutif des rentes, c'est le système de capitalisation.

Dans le premier procédé, les charges d'un exercice se composent de tous les arrérages servis pendant cet exercice, qu'il s'agisse de pensions nouvellement créées, au cours de cette période, ou de rentes motivées par des sinistres survenus au cours des années antérieures. Dans l'autre, au contraire, « les charges d'un exercice ne correspondent qu'aux pensions motivées par la survenance des risques, au cours de cet exercice, puisque les ressources nécessaires à la réparation des sinistres antérieurs ont été constituées, au moment où ceux-ci se sont produits » (1).

Le calcul de la cotisation sera particulièrement facile dans la répartition, puisqu'il se bornera à diviser, entre tous les assurés, le total des dépenses de l'année (2) et à ajouter les frais de gestion et la prime nécessaire à la constitution d'un

(1) BELLOM, *op. cit.*, p. 27.

(2) Il est évident que, dans la pratique, les établissements devront avoir en caisse les sommes nécessaires au paiement des premières indemnités et que le versement des cotisations ne pourra pas, par suite, se faire à la fin de chaque exercice. Les primes devront être versées à l'avance, pour constituer un fonds de caisse suffisant; on les fixera alors, en raison des dépenses éventuelles pour l'année suivante, mais, le principe ne sera pas modifié par ces nécessités de l'organisation pratique.

petit fonds de réserve, destiné à parer à des événements extraordinaires (1).

La détermination de la prime dans la capitalisation est plus compliquée, car il faut envisager alors les probabilités de survenance du risque, la mortalité des assurés, les intérêts composés et les conditions particulières à chaque cas.

Dans la répartition, le montant des contributions sera susceptible de varier chaque année. Cette variation sera même très importante, dans le cas où on exige, pour l'ouverture du droit à pension, l'accomplissement d'un stage préliminaire, pendant lequel on ne peut pas bénéficier des avantages. Au début des opérations d'une caisse, il n'y a donc pas d'arrérages à payer. La cotisation initiale est normalement nulle. Puis, la dépense grossit, au fur et à mesure que les sociétaires terminent le stage exigé. « Les cotisations s'accroissent jusqu'au moment du roulement normal, où les entrées et les décès se compensent. A partir de cette époque, elles demeurent à peu près constantes » (2) (sauf variation dans les risques).

La cotisation de capitalisation, au contraire, est invariable dès l'origine des opérations. Elle sera donc supérieure à la première, au début du fonctionnement, puis, deviendra inférieure, au moment du roulement normal.

Un système mixte avait été adopté par la législation allemande, en 1889. C'est celui de la capitalisation par périodes. Les cotisations prélevées, au lieu de former le capital de toutes les rentes à servir, « devaient suffire, seulement, à la constitution des capitaux correspondant aux pensions à servir pendant dix ans, puis ensuite pendant cinq ans. Il n'existe

(1) C'est ainsi que l'article 89 de la loi polonaise prescrit la constitution d'un fonds de réserve égal à la dépense annuelle (calculée d'après la moyenne des trois dernières années).

(2) *Rapport* MARIE, 1900.

qu'une différence de degrés, entre la capitalisation pure et la capitalisation par période » (1).

Quel est celui des deux systèmes qui doit être préféré?

En faveur de la répartition, on invoque sa simplicité. Le calcul des primes est beaucoup plus aisé. D'autre part, les charges du début étant très faibles, ce procédé facilite la transition et encourage les adhésions. De plus, dans un cas particulier, il est presque nécessaire. C'est quand l'État veut donner, de plano, des pensions à ceux qui sont invalides, par exemple. La répartition fournit immédiatement les sommes nécessaires, tandis que la capitalisation nécessite l'accumulation de réserves mathématiques très importantes et ne peut pas s'appliquer immédiatement, à moins que l'État ne fournisse lui-même les capitaux nécessaires. Il doit faire alors un sacrifice considérable (2).

On reproche, en revanche, à ce système « de sacrifier l'avenir au profit du présent. Pour réduire les premières cotisations, pendant un temps limité, il accroît définitivement les suivantes, dans une effrayante proportion. En outre, il est nécessaire que le nombre des assurés ne diminue pas, et surtout que le recrutement ne vienne pas à s'arrêter, car les recettes seraient alors nulles » (3), et le service des pensions en cours devrait être suspendu. Cet inconvénient est surtout sensible, en ce qui concerne les régimes de prévoyance libre où le système est presque inapplicable. De plus, la répartition est difficile à adopter, « dans le cas où les ouvriers changent fréquemment de domicile et de métier. Elle ne s'adapte pas non plus aux industries temporaires, telles que les entreprises de construction, et l'Allemagne a dû, pour ces der-

(1) BOVET, *op. cit.*, p. 180.

(2) Ce système était adopté par les trade-unions avant le vote de la loi anglaise (avec une réserve égale à une année d'avance) et par les sociétés de secours mutuels anglaises les moins importantes.

(3) *Rapport* MARIE, 1900.

nières, admettre le prélèvement par capitalisation » (1). Enfin, elle marche dans l'inconnu, est à la merci d'une crise violente du travail, qui empêchera la majorité des assurés de payer leurs primes et, si l'on veut continuer, pendant ces crises, le paiement des arrérages, il faudra avoir recours à l'État, c'est-à-dire à l'assistance.

Le système inverse, dit-on alors, n'encourt pas tous ces reproches. La constitution des réserves permet, dans tous les cas, le service des pensions. Le groupement peut disparaître, le nombre des assurés diminuer dans de fortes proportions, le capital nécessaire étant constitué, les rentes pourront toujours être accordées. La sécurité sera beaucoup plus grande, mais, en revanche, et c'est là son principal inconvénient, il nécessite l'accumulation de capitaux considérables, l'immobilisation de sommes importantes, et la gestion des établissements d'assurance deviendra par suite très délicate. Ce système est adopté, cependant, par un certain nombre de pays, notamment, par les lois allemande, autrichienne (2) et anglaise (3).

Il nous reste maintenant à traiter deux problèmes, qui présentent entre eux une certaine analogie, celui de savoir si le montant de la rente sera proportionnel au nombre des cotisations versées, ou bien, s'il sera invariable, quel que soit l'âge de l'assuré à la survenance du risque, et celui relatif à l'accomplissement d'un stage, pour l'ouverture du droit aux prestations.

*Pensions proportionnelles ou non au nombre
des cotisations versées.*

Cette question est susceptible d'une solution différente, suivant que l'on considère l'invalidité comme un risque

(1) BOVET, p. 184.

(2) § 32. Dans le même sens, Roumanie.

(3) Le montant des primes est versé à un fonds commun : « Le fonds de l'assurance nationale contre la maladie, » qui est placé sous le contrôle et la direction des commissaires de l'assurance.

spécial, ou comme une vieillesse anticipée. Dans le premier cas, on alloue aux invalides une indemnité unique, quel que soit leur âge; dans le second, la pension est d'autant plus élevée que l'assuré est plus âgé, qu'il a versé ses cotisations pendant plus longtemps.

Ce dernier système est, dit-on, plus juste que le premier. « Le respect de l'équité commande d'admettre l'augmentation de la retraite, à mesure que s'élèvent les sacrifices que l'assuré accomplit, par le versement de ses cotisations (1). » Il serait inique de donner la même pension à un membre, ayant cotisé pendant une année seulement, et à celui qui, depuis 25 ou 30 ans, a régulièrement versé les primes de l'assurance. Un tel procédé aurait, d'ailleurs, les effets les plus néfastes sur le développement de la prévoyance; les individus jeunes auraient l'impression d'avoir fait une œuvre vaine, en s'affiliant de bonne heure à une société, et seraient fortement engagés à attendre, pour s'assurer, le moment où leur âge avancé leur fera redouter la survenance du risque. Les avantages accordés aux ouvriers, qui ont ainsi hésité, étant les mêmes que ceux dont bénéficient les personnes ayant reconnu, dès leur jeunesse, l'intérêt de la prévoyance, celle-ci serait fortement entravée et la cause de la solidarité sociale nettement compromise.

En revanche, dit-on, cette méthode conduit à traiter différemment un risque, qui est le même, quel que soit l'âge de l'assuré au moment où il survient. Si nous envisageons l'invalidité de deux ouvriers, dont l'un est âgé de 30 ans et l'autre de 45, le système aura pour conséquence d'allouer, au second, une pension supérieure à celle accordée au premier. Et cependant, ces deux travailleurs ont pu gagner le même salaire, avoir vécu le même genre de vie, pendant leur période d'activité. Ils ont, par suite, les mêmes besoins (2)

(1) BELLOM, *Assurance contre l'invalidité*, p. 51.

(2) Il y a lieu de remarquer que les besoins sont même supérieurs

et leur état, d'autre part, nécessite les mêmes soins. « Pour-quoi le second, qui a eu sur son camarade l'avantage de conserver la santé et son salaire jusqu'à 45 ans, serait-il encore avantagé lorsqu'il est invalide? »

Quoi qu'il en soit, nous nous bornerons à constater que les deux systèmes sont appliqués dans la pratique. L'Angleterre, qui assimile d'ailleurs complètement l'invalidité à la maladie, accorde aux ouvriers, atteints d'une incapacité de travail, des allocations périodiques uniformes (1).

L'Allemagne, au contraire, qui groupe, dans la même loi, l'invalidité et la vieillesse, fait varier le montant des pensions, avec la quantité des primes fournies par l'assuré. Le paragraphe 1.289 prévoit une majoration, pour chaque semaine de contribution, allant de 3 pfennigs, dans la 1^{re} classe de salaires, à 12 pfennigs, dans la 5^e. La Roumanie procède d'une manière identique. L'article 27 de la loi luxembourgeoise contient des dispositions analogues; une différence cependant est à signaler; au lieu d'augmenter la pension, en raison des semaines de cotisations, on majore la rente fondamentale fixe (qui correspond, d'un côté, à un salaire annuel moyen de 500 francs et, de l'autre, à 1.350 jours de travail), d'abord, du chef d'un salaire supérieur à 500 francs et ensuite, du chef d'un nombre de journées de travail supérieur à 1.350. (Le supplément étant fixé à 0 fr. 16, pour chaque période de six journées dûment constatée.) L'Italie et la Suède accordent également des rentes calculées en raison des primes versées (2).

quand l'ouvrier est jeune, il peut avoir, à ce moment, une nombreuse famille à sa charge, tandis que, plus tard, ses enfants seront eux-mêmes en âge de travailler et les frais du ménage ouvrier seront sensiblement diminués.

(1) Danemark (art. 4). Rente de 800 couronnes par an.

(2) Dans le même sens : Pays-Bas, Glaris.

- ACCOMPLISSEMENT D'UN STAGE

Si nous envisageons maintenant le problème de l'accomplissement d'un stage, nous trouvons, en faveur de ce procédé, des arguments sensiblement analogues à ceux développés plus haut. Il est, dit-on, nécessaire que les individus aient fait un effort de prévoyance assez considérable, avant de bénéficier des prestations. Si on leur accorde une pension, alors qu'ils n'ont peut-être versé qu'une seule cotisation, on n'aura plus affaire à l'assurance, mais à un véritable système d'assistance, le malade ou l'invalidé bénéficiera des avantages de l'institution, sans avoir rien fourni en échange. De tels exemples ne pourront que détruire, chez les individus, le sentiment de la justice, et aussi celui de la nécessité de couvrir eux-mêmes, par leurs propres sacrifices, les risques qui les menacent. Ils seront tentés de ne recourir à l'assurance qu'au moment où leur état de santé deviendra précaire et les groupements risqueront de ne comprendre que des membres particulièrement malades, les autres ne voyant pas l'intérêt de s'affilier à un établissement.

En outre, l'équilibre financier des caisses exige qu'un certain nombre de primes soient versées, avant la distribution des secours. Il faut qu'un fonds soit constitué et, dans le système de capitalisation, que des réserves soient réunies. Le stage paraît particulièrement nécessaire au début du fonctionnement d'une société, et les premiers membres devront se résoudre à payer leurs cotisations pendant un certain temps, sans rien recevoir en échange. Si cette mesure n'était pas généralisée et si les personnes, adhérant postérieurement à la société, n'étaient pas soumises à un stage analogue, elles seraient grandement favorisées, aux dépens des fondateurs du groupement, et le résultat serait d'empêcher la création de nouveaux établissements.

En revanche, on peut dire, comme tout à l'heure, que le risque est le même, quel que soit le moment où il survient,

et qu'il est nécessaire de le garantir, dès le début de la participation à l'assurance. Le point de vue social intervient, en outre, pour montrer l'importance de l'attribution des secours, toutes les fois que le sinistre se produit.

Nous constatons cependant, par un examen rapide des différentes législations sociales, que le stage est généralement imposé (1). Il en est ainsi en Allemagne, qui exige deux cents semaines au moins de cotisations, pour que l'assuré bénéficie de la rente d'invalidité (§ 1278). En revanche, le paragraphe 206 dispose que le droit aux prestations de l'assurance maladie commence dès l'affiliation.

L'article 8 de la loi anglaise prescrit un stage de vingt-six semaines, pour les secours maladie, et de cent quatre semaines, pour les allocations d'invalidité. On rencontre des dispositions analogues en Autriche, aux Pays-Bas et dans la majorité des autres pays (2).

Cependant, la loi polonaise d'assurance contre la maladie dispose que les assurés obligatoires auront droit aux prestations dès leur affiliation, et la loi suisse prescrit l'allocation des secours en nature dès le début.

CONTRÔLE TECHNIQUE ET FINANCIER DES ÉTABLISSEMENTS

Avant d'abandonner les problèmes d'ordre technique, nous signalerons très rapidement l'intérêt que peut présenter, à ce point de vue, l'exercice d'un certain contrôle de l'État.

Les développements qui précèdent nous ont permis de constater combien était compliquée la fixation respective des primes et des indemnités et l'importance qu'il y avait, pour la bonne marche de l'institution, à ce que les bases

(1) On dit d'ailleurs, en ce qui concerne l'invalidité, que « l'obligation d'un stage n'est pas trop rigoureux, car l'invalidité naturelle ne survient, en général, qu'à la suite d'une période de travail d'une durée appréciable ». (BELLOM, *Les relations mutuelles des diverses branches de l'assurance*, p. 29.)

(2) Notamment Roumanie, Luxembourg.

adoptées soient calculées avec beaucoup de précision. Les difficultés rencontrées, dans l'élaboration des divers tarifs, sont si nombreuses et si complexes, qu'on peut se demander si les établissements d'assurance auront les moyens de les surmonter.

Ne serait-il pas nécessaire que l'État intervint et que, grâce à l'organisation d'un service actuariel, il donnât aux sociétés les renseignements techniques indispensables? Cette intervention de la collectivité peut se manifester sous deux formes différentes : ou bien, le législateur déterminera lui-même les bases, sur lesquelles reposeront les prévisions, et fixera le montant des primes et des prestations; ou bien, il laissera aux sociétés le choix de préciser elles-mêmes le taux, soit des indemnités, soit des cotisations, mais exigera que les tarifs soient soumis à un examen de la part de ses actuaires et que leur application soit subordonnée à l'approbation de ceux-ci (1).

L'intérêt de telles mesures paraît incontestable, si on réfléchit aux conséquences des calculs erronés, et cette ingérence de l'État est consacrée par toutes les législations d'assurance obligatoire, qui fixent elles-mêmes les divers tarifs.

Dans les systèmes de prévoyance libre, l'intervention de la collectivité est moins aisée, d'abord parce que l'autonomie la plus large est laissée aux groupements et que l'État ne veut pas attenter à leur liberté, et aussi, parce que la provenance des ressources est variée et celles-ci moins régulières que dans un régime de coercition. Des dons fréquents, des cotisations de membres honoraires, viennent améliorer la situation financière des sociétés et permettre le versement, par les sociétaires, d'une cotisation inférieure à celle qui serait techniquement nécessaire.

La tutelle administrative se manifeste à un autre point

(1) Régime analogue à celui exigé pour les sociétés de secours mutuels, en ce qui concerne les pensions de retraite garanties.

de vue. Les établissements sont généralement en possession de capitaux importants, et il est du plus haut intérêt que ceux-ci ne soient pas sacrifiés et dilapidés par de mauvais placements. Pour que les sociétaires aient la certitude que les fonds du groupement ne sont pas exposés à une perte totale, par suite d'un emploi défectueux, pour que les administrateurs ne soient pas tentés d'accroître considérablement la fortune de la société, par la spéculation et l'achat de valeurs susceptibles de donner de gros dividendes, mais aussi de tomber très bas, les lois d'assurance des divers pays énumèrent limitativement les seuls placements autorisés, qu'elles choisissent parmi ceux présentant la plus grande sécurité.

C'est la méthode suivie par la loi du 1^{er} avril 1898, en ce qui concerne les sociétés de secours mutuels approuvées, et par la totalité des lois étrangères (1).

Nous n'entrerons pas davantage dans l'examen du contrôle, certaines questions y relatives ressortent plus exactement au contrôle administratif et seront, par suite, traitées dans le dernier chapitre de cet ouvrage. Nous avons ainsi épuisé la liste des problèmes que nous nous sommes proposé d'étudier dans ce chapitre. Nous y avons examiné, succinctement, les bases techniques de l'assurance, les enseignements généraux, qui se dégagent de l'examen des statistiques et des tables, et le parti qu'on peut tirer de ces renseignements. Nous avons montré rapidement comment on pouvait tenir compte de ces données, dans la pratique, et quelles étaient les principales méthodes d'organisation.

(1) Voir notamment Luxembourg (art. 97). Angleterre : ce sont les commissaires de l'assurance, qui déterminent périodiquement la partie des capitaux du fonds de l'assurance susceptibles d'être placés. Allemagne : les fonds doivent être placés en valeurs autorisées pour le placement des fonds des pupilles (§ 26), en rentes de l'Empire ou des États confédérés ou en valeurs désignées par l'office des assurances (§ 1356). Belgique : la loi de 1894 organise un contrôle très étroit; elle dispose, notamment, que les fonds doivent être déposés à la caisse d'épargne ou convertis en fonds publics, lorsqu'ils dépassent 5 francs par membre ou 1.000 francs au total.

Maintenant, que se trouvent ainsi précisés les fondements techniques de l'assurance, et les règles actuarielles qui s'imposent à elle, nous rechercherons quels sont les systèmes d'organisation administrative générale, qui permettent la mise en œuvre de ces données et le fonctionnement régulier de l'institution.

CHAPITRE DEUXIÈME

ORGANISATION GÉNÉRALE DE L'ASSURANCE

Le problème global de l'organisation générale de l'assurance se compose, en réalité, de toute une série de questions, plus ou moins indépendantes les unes des autres, dont certaines peuvent faire l'objet d'un examen séparé. Afin de donner à leur étude toute la clarté désirable, nous nous proposons de les grouper, suivant leurs affinités, sous quelques chefs principaux. Cette recherche d'une classification méthodique nous amène à distinguer, tout d'abord, deux ordres de problèmes nettement distincts l'un de l'autre. Nous consacrerons à chacun d'eux une section spéciale de ce chapitre. Dans la première, nous rechercherons quelles personnes doivent supporter les charges de l'assurance; dans la seconde, nous étudierons l'organisation administrative proprement dite.

PREMIÈRE SECTION

LES DIFFÉRENTES RESSOURCES DE L'ASSURANCE

L'objet de cette section étant l'étude des diverses ressources destinées à alimenter le fonds d'assurance, il y aura lieu de rechercher, d'abord, quels seront les tributaires des

caisses, puis ensuite d'examiner dans quelle mesure et sous quelle forme chacun d'eux interviendra. En d'autres termes, nous aurons, non seulement à exposer une question de principe, mais encore, à étudier un fonctionnement pratique, à considérer les modalités dont les différentes contributions sont susceptibles.

§ I. — Qui devra assumer les charges de l'assurance?

La solution du premier de ces problèmes, qui peut se formuler ainsi : Qui assumera les charges de l'assurance? paraît devoir être facile : il s'agit d'une assurance, par conséquent d'une organisation dans laquelle un certain nombre d'individus mettent en commun leurs risques. Ce sont donc les intéressés eux-mêmes, les assurés qui devront couvrir les dépenses de la caisse. Ce versement des bénéficiaires étant le critérium même de l'institution ne saurait faire l'objet d'une discussion et ne nécessite aucun développement particulier.

Mais le problème, jusque-là très simple, se complique quand, au lieu de considérer la cotisation des membres au point de vue de sa justification théorique, on l'examine pratiquement, en raison de son rendement et de l'intérêt plus ou moins urgent d'une aide extérieure.

Alors, les avis se partagent et de la route unique, suivie en commun, divergent déjà deux opinions opposées.

Pour les uns, la prime des ouvriers doit normalement suffire à l'assurance, quand l'organisation fonctionne depuis un certain laps de temps. À ce moment, les assurés, qui retirent de l'institution les bénéfices les plus directs, doivent fournir les sommes nécessaires à l'allocation des indemnités, et il est, non seulement inutile, mais nuisible, qu'un appui financier leur soit apporté. Si une subvention continuait à être allouée, quand les ressources sont devenues assez fortes pour permettre la distribution régulière des secours, elle conduirait à annihiler toute velléité d'énergie, à décourager

l'effort des adhérents, ceux-ci s'habituant peu à peu à compter sur l'aide qui leur est constamment fournie.

Le système perdrait, de plus, son caractère d'assurance pure, pour devenir quelque chose de mixte, qui tiendrait le milieu entre l'assistance et l'assurance, et il résulterait de cette transformation un inconvénient d'ordre moral très appréciable.

Tous ces reproches ne s'adressent pas à l'apport pécuniaire du début, à la « chiquenaude initiale » qui, aidant à la mise en marche de la machine, vient donner l'impulsion nécessaire. Au début du fonctionnement, les subsides sollicitent l'effort, au lieu de l'énerver : ils permettent l'allocation immédiate des prestations prévues et, par l'exemple des avantages procurés, encouragent les adhésions. Ainsi comprise, la subvention ne fait que réaliser une œuvre de justice en faveur des premiers assurés. Ceux-ci, en effet, ne seront pas favorisés au détriment des adhérents tardifs, qui bénéficieront des réserves accumulées par leurs devanciers, ces derniers ayant reçu, en compensation, une aide financière extérieure.

Certains esprits pensent, au contraire, qu'une allocation doit être accordée pendant toute la durée de l'assurance, les uns n'envisageant ce subside qu'en ce qui concerne l'invalidité, les autres demandant un appui pécuniaire pour les deux ordres d'affections.

Tous s'appuient, pour leur démonstration, sur l'insuffisance d'une grande partie des salaires. « Très peu de travailleurs », disait en 1911 M. Lloyd George à la Chambre des Communes, « peuvent payer, d'une manière continue, des primes en prévision de tous les risques qui les menacent. Il y a une foule d'ouvriers, qui ne peuvent épargner les sommes nécessaires, à qui on ne peut pas demander de les épargner, parce que cette épargne entraînerait, pour les enfants, la privation des choses nécessaires à leur subsistance. »

M. Jay, commentant un passage de Proudhon, qui signa-

lait l'impossibilité financière, où se trouvaient les classes ouvrières de payer les primes d'assurance, cette dernière restant ainsi le « privilège des riches », ajoutait : « L'opinion de Proudhon est malheureusement aujourd'hui encore vraie, en partie du moins; il est, en effet, croyons-nous, incontestable que le prix de la sécurité reste trop élevé pour un grand nombre de travailleurs manuels (1). »

La nécessité d'une aide pécuniaire étant supposée admise, tout au moins dans certains cas, il convient de rechercher qui devra la fournir et, pour cela, nous nous demanderons si d'autres que le travailleur n'ont pas, ou bien une part de responsabilité dans l'affection qui le terrasse, ou bien un intérêt particulier à sa guérison rapide, ces deux considérations étant susceptibles de justifier leur participation aux dépenses.

Ces conditions ne seraient-elles pas remplies par l'État, à qui il est logique de songer tout d'abord. Il semble, en effet, que « les maladies, les infirmités de toute nature, aient souvent une origine sociale plutôt qu'individuelle » (2). Elles apparaissent généralement comme la « conséquence de rapports mal réglés et d'une organisation économique fâcheuse, autant que de l'ignorance des individus. Elles ont à leur tour pour effet de perpétuer cette situation défavorable », et la responsabilité de la collectivité est souvent très importante. Il est juste qu'elle contribue à réparer les maux dont elle est la cause. D'autre part, l'intérêt de la société étant, comme nous l'avons vu plus haut, que ses membres malades soient guéris rapidement et complètement, il paraît équitable qu'elle favorise toutes les institutions qui tendent vers ce résultat. « L'État a pour mission de veiller à la santé publique,

(1) JAY, *L'assurance ouvrière obligatoire*, p. 107. Voir, dans le même sens, l'opinion de M. POSADOWSKY-WEHNER, ancien ministre allemand, qui, au Congrès de Dresde, insistait sur l'impossibilité fréquente de ce qu'il appelait « l'aide personnelle » (*selbst hilfe*).

(2) BOVET, *op. cit.*, p. 138.

de renforcer et de multiplier les énergies productives, d'assurer, par tous les moyens en son pouvoir, la prospérité économique de la nation. Dans l'organisation des assurances sociales, qui réalisent ces fins, il a une tâche à remplir, qui n'est pas seulement de contrôle : son appui financier est nécessaire (1). »

Nous trouvons, en outre, dans les vœux du Congrès de Nice des sociétés de secours mutuels, une nouvelle justification des subsides de l'État. L'assurance ayant pour effet de restreindre le domaine de l'assistance et d'alléger, par conséquent, les charges de celle-ci, il est juste que la société subventionne, en échange, les institutions qui l'organisent.

La subvention peut, de plus, présenter un avantage pratique, si on la subordonne au respect de certaines prescriptions. C'est un moyen de pression particulièrement efficace, pour contraindre les établissements à rester dans la légalité, à appliquer les règles techniques, etc...

Si, laissant de côté les justifications théoriques, nous examinons les solutions données par la pratique, nous sommes amenés à constater l'intervention financière de l'État, dans la presque totalité des lois d'assurance. Mais, parmi celles-ci, nous remarquons une certaine divergence : Quelques pays ont pensé que les subsides des pouvoirs publics n'étaient vraiment nécessaires que dans une assurance contre l'invalidité; que, d'autre part, la responsabilité de la collectivité était plus clairement démontrée dans cet état que dans la maladie et qu'enfin, l'intérêt social était surtout en jeu dans les affections prolongées. S'inspirant de ces considérations, les législations allemande, luxembourgeoise et néerlandaise n'ont pas prévu l'allocation d'une subvention en faveur des organismes d'assurance maladie (2).

L'aide pécuniaire doit-elle provenir uniquement de la

(1) Projet de loi sur les assurances sociales. Exposé des motifs.

(2) Lois citées.

collectivité? L'État est-il le seul à remplir les deux conditions fixées ci-dessus comme bases de la justification d'un apport financier?

Certains ne le croient pas et pensent, au contraire, qu'il est juste de demander à une autre personne, au chef d'entreprise, d'intervenir dans l'assurance.

Ils justifient la contribution patronale en disant que, même pour la maladie (risque cependant commun à tous les hommes), « une certaine responsabilité peut incomber au patron, en tant que l'affection a pu être aggravée par l'insalubrité de la profession » (1).

Sans aller jusqu'à dire, avec Sismondi (2), que le salarié a droit à « la garantie professionnelle », celle-ci étant l'obligation, pour l'employeur, d'entretenir à ses frais l'ouvrier pendant les périodes de maladie (3), beaucoup de personnes estiment que le patron doit participer aux charges de l'assurance. « Le travail exerce toujours, sur la constitution physique des ouvriers, une influence petite ou grande et il est fréquemment une cause de maladie. Les employeurs doivent amortir l'usure de leur personnel, de même qu'ils amortissent celle de leur matériel (4). »

De plus, leur intérêt évident est que ceux qu'ils occupent soient soignés rapidement et intelligemment, de façon à ce qu'ils perdent le moins longtemps possible leur capacité de travail et, qu'après leur guérison, ils la recouvrent entière.

En outre, le versement de l'exploitant constitue « un complément indirect des salaires, qui sont insuffisants pour permettre aux travailleurs de s'assurer contre les divers risques auxquels ils sont exposés, tandis que le salaire devrait en lui-même suffire à ce but ».

Enfin, un avantage pratique de la participation du chef

(1) GIDE, *Cours d'Economie politique*, t. II, p. 381.

(2) *Nouveaux principes d'Economie politique* (livre VII, chap. IX).

(3) Voir à ce sujet TRUCHY, *Econ. polit.*, t. II, p. 398.

(4) BOVET, *op. cit.*, p. 214.

d'entreprise résulte de la possibilité de lui accorder, en même temps qu'aux ouvriers, un droit d'administration dans l'assurance et ainsi d'améliorer, par une fréquentation plus grande, les rapports des deux parties.

Les employeurs, conclue-t-on, ne sauraient se dérober à la tâche qui leur incombe dans cette matière « sans renier les charges de leur responsabilité, sans méconnaître leur intérêt propre, sans nuire à la chose publique » (1).

A côté des partisans de la contribution patronale, on rencontre un certain nombre de détracteurs. Ceux-ci ne nient pas la part de responsabilité des entreprises dans certaines affections caractérisées, mais il s'agit là de maladies dites « professionnelles », que l'individu n'aurait certainement pas contractées dans un autre métier. Ces états morbides constituent seulement l'exception et, dans la plupart des cas, il sera impossible de déterminer l'influence exercée par le travail sur la santé des ouvriers (2).

D'autre part, le paiement d'une prime par le patron aura pour résultat d'augmenter considérablement les charges, déjà très importantes, de l'industrie et la mettront en état d'infériorité vis-à-vis de l'étranger.

En outre, il y aura lieu d'envisager la répercussion de la contribution patronale, celle-ci pouvant être, ou bien supportée définitivement par l'exploitant, ou bien rejetée sur l'ouvrier ou, ce qui est plus vraisemblable, sur le consommateur.

Enfin, l'intervention patronale n'est possible que dans un système d'assurance obligatoire. En effet, si dans un régime de liberté, le patron était obligé de verser une cotisation déterminée, pour tous ceux de ses ouvriers qui auraient usé de la faculté de s'assurer, il est possible qu'un certain nombre d'employeurs refusent de les occuper. Quand l'ouvrier « se

(1) Projet de loi sur les assurances sociales, Exposé des motifs.

(2) Ant. DUBOST, *Propos. de loi* 1905, 1^{re} partie, ch. I.

présenterait chez un nouveau patron, à qui il dirait : je suis assuré et, par conséquent, vous aurez à payer une prime pour moi, il courrait le risque de se voir fermer bien des portes » (1). Cependant, peut-être existe-t-il des combinaisons capables d'éviter cet inconvénient. M. Olivier, notamment, suggérerait, en 1913, cette idée que la contribution patronale pourrait être avancée par l'État, qui en répartirait ensuite le montant sur l'impôt des patentes. Cette proposition nous permet de constater qu'il n'y a pas d'impossibilité absolue à imaginer un versement de l'exploitant dans l'assurance facultative. C'est pourquoi nous avons pu étudier cette question à un point de vue général. Mais nous conviendrons volontiers que la pratique ne paraît fournir aucun exemple d'un tel procédé (2).

A l'inverse, dans la majorité des régimes d'obligation, nous trouvons le versement d'une prime par le patron. C'est le cas, notamment de l'Allemagne, de l'Angleterre et de l'Autriche (3).

Les quelques lignes qui précèdent nous ont fourni les moyens de répondre à cette question : Qui devra assumer les charges de l'assurance ? Il nous faut examiner maintenant sur quelles bases seront calculés les montants des différentes contributions.

§ II. — Modes de calcul des diverses contributions.

Pour cette étude, nous exposerons successivement les problèmes que soulèvent les modes de calcul de chacun des

(1) OLIVIER, au Congrès de Montpellier.

(2) Il ne s'agit pas évidemment des cotisations facultatives, que s'imposent volontairement un certain nombre de chefs d'entreprise. Cette pratique est assez courante dans les sociétés de secours mutuels composées d'ouvriers.

(3) Le patron est également astreint à un versement en Espagne, Hongrie, Italie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Pologne. En revanche, la loi roumaine n'oblige pas les patrons à verser une contribution.

trois ordres de ressources : cotisations de l'ouvrier, subventions de l'État et contribution patronale.

COTISATIONS DES ASSURÉS

La seule question, qui nous paraît trouver place ici, est celle de savoir si la contribution sera uniforme pour tous les adhérents, ou bien si elle sera calculée en raison de leurs salaires. Il convient de remarquer qu'il ne s'agit pas ici des variations possibles dans la proportion existant entre les indemnités et les versements des assurés; les allocations fournies sont considérées, au contraire, comme calculées de la même façon, c'est-à-dire qu'un rapport constant est supposé établi entre les prestations et les primes (1).

Le problème ainsi posé tend à se confondre avec celui que nous avons signalé dans le chapitre réservé à l'indemnisation des risques, à propos des allocations pécuniaires uniques ou proportionnelles aux salaires. Il n'est pas inutile de rappeler ici que, seule, l'allocation égale aux appointements réguliers du malade couvre véritablement le risque, l'indemnité unique n'obtenant ce résultat que pour une classe déterminée de salaires. Nous avons indiqué que le secours uniforme ne pouvait tendre qu'à garantir le minimum d'existence. Cette affirmation se trouve confirmée ici (2). En effet, le montant des primes versées, s'il est unique dans tous les cas, ne peut être fixé qu'à un chiffre relativement modique, chacun devant être capable de supporter cette dépense, les ouvriers qui touchent des payes importantes, comme les travailleurs à faible rémunération; les avantages accordés en échange, étant en rapport avec les possibilités

(1) La question de savoir si les assurés fortunés doivent participer aux dépenses occasionnées par l'assurance des travailleurs à faible rémunération sera étudiée à propos des problèmes particuliers à l'assurance obligatoire.

(2) A moins bien entendu que, comme en Angleterre, les primes soient payées en grande partie, ou même en totalité, par le patron et l'État, en ce qui concerne les petits salaires.

d'épargne des moins fortunés, ne peuvent en tout état de cause, qu'être peu élevés.

La question soulevée ici se pose donc à la fois au sujet de la fixation des indemnités et à propos du calcul des cotisations, et il est évident que la discussion, qui s'engagera sur les avantages et les inconvénients réciproques des systèmes envisagés, s'inspirera, dans la recherche de ses arguments, aussi bien du point de vue des primes que de celui des prestations.

Ceci posé, les partisans de la cotisation unique (et par suite, de l'indemnité pécuniaire uniforme) font ressortir le caractère égalitaire de ce procédé. Tous paient la même somme et reçoivent, en cas de maladie, les mêmes allocations. Le principe de l'égalité de tous devant la loi trouve là encore une nouvelle application.

De plus, disent-ils, les dépenses occasionnées par le traitement médical des assurés sont égales pour tous. Il n'en coûte pas plus cher de soigner un ouvrier aisé qu'un travailleur pauvre; pourquoi ferait-on une différence pour l'autre mode d'indemnisation? Pourquoi accorderait-on un secours pécuniaire plus élevé aux assurés qui reçoivent des salaires importants? Cette manière de faire se justifie d'autant moins que, plus les appointements sont considérables, plus le salarié peut épargner. « La cotisation devrait donc être, en principe, unique, de même que les indemnités devraient être uniformes » (1).

Les adversaires de ce procédé lui reprochent de méconnaître les différences des besoins, suivant la situation des individus, de ne pas tenir compte du « standard of life » (de l'étalon de vie).

D'autre part, disent-ils, s'il implique une égalité entre les assurés, celle-ci n'est qu'apparente et se résout fina-

(1) Rapport de M. ROBÉLIN, président de la Fédération nationale de la Mutualité française sur le projet de loi gouvernemental.

lement en une grave inégalité des sacrifices. Pour payer cette prime, le manœuvre, par exemple, devra se priver de denrées de première nécessité, tandis que l'ouvrier spécialisé, qui touche un salaire beaucoup plus élevé, ne restreindra que des dépenses infiniment moins urgentes. Dans un cas, la cotisation sera prélevée sur le nécessaire, dans l'autre, sur le superflu. L'effort à accomplir sera très variable suivant les ressources des intéressés et la justice veut qu'on se base, non pas sur une égalité factice, mais, au contraire, sur l'identité du sacrifice.

Ce résultat sera, certes, assez difficilement atteint, car il est impossible de tenir compte ici de tous les éléments de la fortune, mais on se rapproche suffisamment de la réalité, en envisageant seulement le taux des salaires, et en proportionnant les cotisations au montant de la paye journalière. Avec ce système, l'assurance demandera à chacun un effort sensiblement analogue et lui accordera, en échange, une indemnité capable de compenser véritablement la perte résultant de la survenance des risques.

Quoi qu'il en soit, les deux procédés sont employés dans la pratique. Les Sociétés de secours mutuels, tant belges que françaises, exigent de tous leurs membres la même cotisation (1). A l'inverse, les différentes législations d'assurance obligatoire prévoient une prime variant avec les appointements des assurés (2), ceux-ci étant généralement répartis dans plusieurs classes de salaires (3). (Le nombre de ces caté-

(1) Cette règle n'est pas sans souffrir quelques exceptions, qui se rencontrent principalement dans les associations composées des ouvriers d'une même entreprise. Ce principe est aussi celui adopté généralement en Suède et dans la grande majorité des sociétés de secours mutuels des autres pays. On le trouve également appliqué dans le canton suisse de Glaris (invalidité).

(2) La loi française du 29 juin 1894 prévoit un versement des ouvriers mineurs fixé au maximum à 2 % des salaires.

(3) L'Angleterre accorde des indemnités uniques, mais, si le montant de la prime globale (assuré, État, patron) est uniforme, la part de l'assuré subit quelques variations, en raison de l'importance du

gories est très variable suivant les pays. C'est ainsi qu'il est de 5 en Norvège, de 8 en Allemagne (1) et même de 14 en Pologne.)

SUBVENTIONS DE L'ÉTAT

Recherchons, maintenant, sous quelle forme l'aide pécuniaire de l'État peut être accordée et de quelles modalités cette allocation est susceptible.

Pour cela, il nous faudra étudier, successivement, les différents modes de calcul qui peuvent être employés en notre matière, et notamment, examiner si la subvention sera uniforme, ou bien si elle variera, soit en raison des dépenses effectuées, soit en proportion des cotisations versées.

L'appui financier de la collectivité peut d'abord se manifester indistinctement pour tous les assurés, pour toutes les caisses, sans qu'il soit tenu compte des sacrifices consentis par les individus comme par les sociétés, le montant de la subvention étant fixé à tant par tête d'adhérent. C'est le système de la capitation employé en France, jusqu'en 1918 (2). Il se recommande particulièrement par sa simplicité. Les mesures de contrôle sont réduites au minimum, et la comptabilité est extrêmement facilitée. Il est très commode de donner à chaque société une somme, dont le total varie uniquement avec le nombre des adhérents, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte d'aucun autre élément.

L'égalité entre tous est de plus respectée, mais, en revanche, ce mode de calcul conduit à des anomalies choquantes.

salaire de l'ouvrier. Voir note 2, p. 165. Dans le même sens, note 1, p. 207.

(1) Avant la loi du 23 juillet 1921, il y avait seulement en Allemagne cinq groupes d'assurés.

(2) La Suisse alloue également une subvention de capitation qui toutefois est susceptible de quelques taux différents en raison du nombre des services de la caisse (art. 31 de la loi du 13 juin 1911). La loi anglaise de 1911 prévoit une subvention unique de 0 fr. 10, mais celle-ci ne s'applique qu'aux petits salaires.

La subvention étant la même pour tous, pour les individus qui versent une cotisation infime, comme pour ceux qui paient des primes importantes, elle favorise ceux qui font les efforts les moins grands (1). On peut même concevoir des sociétés, dont la meilleure partie des ressources serait fournie par les subsides de l'État.

Pour obvier à ces inconvénients, on a songé à baser les subventions sur les dépenses réellement effectuées par les caisses (2). Par ce moyen, on donne aux sociétés une aide d'autant plus grande que les services rendus sont plus importants, et on les encourage à donner le plus d'extension possible à leurs prestations, ce qui ne peut présenter que des avantages, au point de vue de l'amélioration de la santé publique. Mais, dit-on, ce mode de calcul tendra à accroître les dépenses, et conduira à restreindre le contrôle exercé sur les malades. Cet inconvénient, à vrai dire, ne sera sensible que si la subvention est pratiquement très élevée. Dans le cas contraire, les allocations étant finalement supportées en grande partie par le groupement lui-même, l'intérêt de celui-ci sera toujours de surveiller ses adhérents, de façon à éviter les abus préjudiciables, à l'État sans doute, mais aussi et surtout, à la caisse.

On reproche, en outre, à ce procédé de ne pas tenir compte de la provenance des ressources, les sommes dépensées pouvant fort bien avoir été fournies par des cotisations de membres honoraires, des dons, etc.

Toutefois, si l'on admet le principe, il convient de se

(1) Cet inconvénient se manifeste, particulièrement, dans un système de prévoyance libre, dans lequel les associations choisissent à leur gré le taux des cotisations comme des secours.

(2) Système adopté en France, par l'arrêté du 5 novembre 1918. De même, l'ordonnance suédoise du 11 octobre 1920 accorde des subventions, pour les dépenses effectuées en vue du traitement des malades (1/4), et en raison du nombre des jours de maladie indemnisés, ces subsides se doublent d'ailleurs d'une subvention de capitation.

demander si les subsides seront alloués pour toutes les dépenses, quelles qu'elles soient, ou bien si une discrimination sera faite entre celles-ci, les unes ne bénéficiant pas de l'aide de l'État et les autres recevant une subvention plus ou moins élevée suivant leur intérêt social. Ce dernier mode est celui adopté chez nous : l'arrêté du 5 novembre 1918 ne prévoit pas l'allocation de l'État pour les frais de gestion, par exemple, et fixe des bases variables, pour le calcul de la subvention proportionnelle aux dépenses afférentes aux services d'assurance (25 % des dépenses de maternité, 12 % des dépenses de maladie, 6 % des frais de funérailles).

Certaines personnes pensent, d'autre part, que l'intervention pécuniaire de l'État devrait comprendre, avant tout, le remboursement des frais d'administration. Elles invoquent, à l'appui de leur thèse, un argument d'ordre moral : l'assuré ne sera pas tenté de croire qu'une grande partie de ses cotisations s'évapore en appointements, indemnités allouées à des fonctionnaires, etc. (1). Mais, dit-on, il est à craindre que, les dépenses étant finalement supportées par la collectivité, la gestion des établissements d'assurance devienne beaucoup moins économique.

Une question un peu spéciale se pose à propos de l'assurance invalidité. La subvention de l'État, calculée en raison du nombre et de la quotité des pensions servies, peut être allouée à la caisse en une fois, au moment de l'exigibilité de la pension, ou bien, être accordée sous forme de bonification des arrérages. Ces deux procédés ne diffèrent pas sensiblement. Ils subordonnent, tous deux, le versement de la subvention à l'ouverture du droit à pension et encourent, par suite, le reproche d'aggraver, pour la collectivité, les

(1) Le paragraphe 37 de la loi autrichienne du 16 décembre 1906 dispose que l'État contribuera aux frais d'administration jusqu'à concurrence de 100.000 couronnes.

charges de l'avenir au profit du présent (le nombre des pensions étant destiné à augmenter progressivement, pendant quelques années, avant d'atteindre un point de stabilisation), et aussi, de laisser planer une certaine incertitude sur l'étendue de la charge éventuelle (1).

Un autre moyen de calculer les subsides de l'État consiste à les fixer en raison des cotisations versées. Ce système a l'avantage d'encourager l'effort des assurés et de tenir compte des sacrifices consentis par les individus. De plus; les groupements sont engagés à exercer un contrôle très sévère, afin d'empêcher les frais inutiles qui sont entièrement supportés par eux. Mais ce procédé a l'inconvénient de ne pas inciter les établissements à effectuer des dépenses particulièrement fécondes, alors qu'ils hésitent à le faire, par crainte de compromettre leur équilibre financier. Ce reproche s'adresse surtout à un régime de prévoyance libre, les lois d'assurance obligatoire prescrivant habituellement les services qui doivent être organisés. Toutefois, l'argument conserve, même dans ce cas, une certaine valeur, car les caisses sont généralement autorisées à accorder des prestations supplémentaires, et de plus, les législations laissent souvent aux établissements une certaine latitude, pour le calcul des prestations.

Cependant, c'est le système admis par quelques pays étrangers (2). La Belgique, notamment, l'a adopté, en lui apportant, il est vrai, un léger correctif : la circulaire du 22 décembre 1906, qui règle la question, prévoit une subvention proportionnelle au total des cotisations versées pendant l'année précédente, mais, d'autre part, elle tient compte, en

(1) Au Luxembourg, notamment, l'État fournit le tiers de chaque pension fondamentale effectivement payée. En Allemagne, la loi de 1911 dispose que l'empire versera annuellement une somme de 50 marks, pour chaque rente d'invalidité (§ 1285).

(2) Norvège. Roumanie.

partie, de l'étendue des avantages accordés par les caisses de réassurance (1).

Dans ce régime de subventions, il faut encore préciser si les versements de l'État seront rigoureusement proportionnels aux diverses primes, si leur taux sera constant, quel que soit l'état de fortune de l'assuré. C'est évidemment le procédé le plus simple, qui permet de décompter aisément la subvention due à chaque établissement. C'est, de plus, le mode qui semble le plus équitable puisqu'il accorde à chacun le même traitement.

Mais on ne manque pas de lui adresser le reproche suivant : le chiffre de la cotisation versée n'est pas la mesure de l'effort. Comme nous l'avons déjà signalé, une petite somme est beaucoup plus difficile à épargner, pour un ouvrier modeste, qu'une somme importante, pour une personne aisée. A partir d'une certaine fortune, les versements effectués ne peuvent plus être considérés comme des sacrifices ; le paiement des primes se fait très facilement et il n'est pas juste que la collectivité intervienne en faveur des gens qui n'ont pas besoin de son aide. « Pourquoi l'État se substituerait-il, même partiellement, à l'action des intéressés, quand ceux-ci peuvent sans difficulté donner l'effort indispensable ? »

« C'est en faveur des faibles, des modestes, c'est au profit des petits salariés, que la contribution de l'État est nécessaire et, puisque leurs versements ne leur permettent pas d'obtenir les allocations minima indispensables pour vivre, c'est à la collectivité de les compléter et de les garantir (2). » Ce désir de réserver les subventions aux personnes qui en ont réellement besoin peut se manifester, dans la pratique, sous diverses formes, qui cependant ne diffèrent pas essentiellement.

(1) C'est ainsi que le subside est de 0 fr. 20 par franc, si les caisses versent une indemnité pendant 2 ans, et qu'il s'élève jusqu'à 0 fr. 60, dans le cas où l'allocation est servie pendant toute la durée de la maladie.

(2) Projet de loi sur les assurances sociales. Exposé des motifs.

On peut, d'abord, concevoir que l'allocation de l'État ne sera accordée qu'aux petits salariés (c'est le système anglais) ou bien, que le subside variera dans un sens dégressif, au fur et à mesure de l'augmentation des appointements, pour arriver finalement à zéro, quand ceux-ci atteignent un certain chiffre.

Un autre moyen, spécialement employé dans les régimes de prévoyance libre, consiste à prescrire que les subventions ne seront données qu'aux sociétés, dont les membres paient une cotisation inférieure au taux fixé, ou bien, ce qui revient au même, dont les prestations pécuniaires ne s'élèvent pas à une somme supérieure au maximum prévu (ce dernier procédé, qui s'applique dans le cas des subventions calculées en raison des dépenses, ne diffère pas du premier. On estime seulement que, pour permettre l'allocation de telles indemnités, il est nécessaire d'exiger des adhérents une prime dépassant la limite fixée).

Les individus qui peuvent effectuer des versements plus importants sont considérés comme capables de faire eux-mêmes la totalité de l'effort de prévoyance indispensable. Dans ce cas, dit-on, l'appui financier de l'État serait injustifié, car il conduirait à répartir finalement, par le moyen de l'impôt, le montant de cette subvention sur des citoyens moins fortunés que ceux à qui elle a profité.

Quand les contributions seront supérieures à la limite indiquée, le subside de l'État pourra, ou bien être supprimé en totalité (1), ou bien n'être accordé que jusqu'à concurrence des cotisations comprises au-dessous du maximum (2).

Contribution patronale.

De même que les subsides de l'État, l'apport du chef d'entreprise peut être fixe, proportionnel à la cotisation de

(1) C'est le cas de la France (art. 28 de la loi du 1^{er} avril 1898).

(2) C'est le procédé adopté en Belgique.

l'ouvrier, ou plus important pour les travailleurs à faible salaire.

Ces différentes combinaisons présentent à peu près les mêmes caractères que les divers modes de calcul des subventions de la collectivité, leurs avantages et leurs inconvénients respectifs sont sensiblement analogues et nous ne croyons pas utile d'insister à nouveau sur ce sujet.

Nous nous contenterons de signaler que le procédé, qui consiste à demander aux employeurs un subside plus important pour les faibles rémunérations, paraît équitable, car il conduit à compenser l'insuffisance de certains salaires. Si le gain journalier d'un ouvrier ne lui permet pas de couvrir les frais d'une assurance, la faute n'en est-elle pas en partie à l'industrie qui l'occupe et n'est-il pas juste que celle-ci intervienne pour compléter ses versements?

Nous n'insisterons pas davantage sur tous ces problèmes et nous nous bornerons à signaler que, dans la pratique, les deux derniers procédés sont couramment employés.

Alors que l'Allemagne, l'Italie et quelques autres pays (1), établissent, entre la contribution du patron et la cotisation de l'ouvrier, un rapport constant, certaines législations prévoient, au contraire, que la subvention de l'employeur sera plus élevée pour les travailleurs à faible salaire. C'est ainsi que la loi anglaise de 1911 fait supporter au patron la presque totalité de la prime (2) pour les ouvriers dont le gain est inférieur à 1 fr. 85. La part du chef d'entreprise diminue progressivement, jusqu'à arriver à un chiffre inférieur à la somme due par l'employé.

La loi néerlandaise d'assurance invalidité contient des dispositions analogues. Alors que, dans la cinquième classe de salaire, le patron ne verse que la moitié de la cotisation totale,

(1) Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Roumanie (invalidité), Pologne, Hongrie.

(2) Dans cette classe de salaires, les ressources sont uniquement fournies par le patron et par l'État.

dans la première classe, il en supporte les quatre cinquièmes.

L'Autriche prévoit également que, dans les quatre premiers groupes de traitements, l'employeur devra verser les deux tiers de la prime, tandis que, dans les autres groupes, la cotisation sera partagée également entre les patrons et les assurés.

Avant de clore cette étude, un dernier problème attire notre attention : c'est celui qui se pose au sujet de la proportion à établir entre les diverses ressources de l'assurance. Les quelques exemples positifs, que nous avons cités plus haut, nous ont permis de constater que cette question ne pouvait faire l'objet d'une réponse unique. En effet, des combinaisons extrêmement variées sont possibles. Dans certains pays, les subventions de l'État restent invariables, alors que les cotisations patronales et ouvrières sont plus ou moins élevées suivant les salaires; ces cotisations peuvent, d'autre part, varier dans le même sens ou dans un sens opposé. (En Angleterre et aux Pays-Bas notamment, les subsides du patron diminuent, au fur et à mesure que les cotisations de l'ouvrier augmentent.)

De plus, même chez les peuples où le rapport est constant entre les différentes ressources, des solutions tout à fait diverses sont données. Chez les uns, chacun des tributaires paie une somme égale (1), chez les autres, c'est l'employeur qui verse la plus forte prime (2), dans d'autres pays enfin, c'est l'ouvrier qui supporte la plus grande partie des charges de l'assurance (3).

Il n'est guère possible d'étudier ici ce problème dont la solution dépend, bien plus, de raisons d'opportunité inhé-

(1) Luxembourg et Roumanie (invalidité). En ce qui concerne seulement les versements patronaux et ouvriers, l'égalité se trouve encore en Italie, aux Pays-Bas (maladie), en Hongrie.

(2) Pologne (3/5).

(3) Allemagne, Luxembourg (2/3), Norvège 6/10 contre 1/10 seulement à la charge de l'employeur. France (caisses de secours des mineurs : 2/3).

rentes à l'état social et à la situation respective des divers intéressés, que de considérations théoriques. Il y a lieu, dans cet examen, de tenir compte de la valeur des salaires, comme de la position plus ou moins prospère de l'industrie, et nous ne pouvons entrer ici dans des développements de cette nature.

Ces dernières observations nous conduisent à la fin de l'étude des ressources destinées à alimenter les diverses caisses. Il nous faut maintenant rechercher quels seront les établissements chargés de gérer ces capitaux, quelle sera l'organisation administrative de l'assurance.

DEUXIÈME SECTION

ORGANISATION ADMINISTRATIVE DE L'ASSURANCE

Institutions d'État ou groupements autonomes. — Assurance facultative ou obligatoire. — Composition et ressort des différents établissements. — Orientation générale de l'assurance.

Dans l'étude des caractères généraux de l'organisation administrative, nous aurons à examiner un certain nombre de problèmes, se distinguant très nettement les uns des autres, qui, par suite, feront chacun l'objet d'un paragraphe spécial.

Nous nous demanderons successivement si l'assurance doit être régie par l'État, ou par des groupements autonomes; si on laissera aux travailleurs la liberté de s'assurer, ou bien si on les obligera à le faire; puis, nous rechercherons quels doivent être la composition et le ressort des diverses caisses, et enfin, nous examinerons l'orientation qu'il convient de donner à l'assurance.

§ I. — Assurance par l'État ou par des Institutions autonomes.

Théoriquement, différentes catégories d'institutions sont susceptibles de gérer l'assurance maladie-invalidité : celle-ci peut être organisée par des compagnies privées, des groupements mutualistes ou par la collectivité.

Nous ne ferons que signaler ici le système des sociétés financières, qui n'existe guère dans la pratique, et nous nous contenterons de rappeler brièvement les reproches qu'on a coutume de lui adresser. Le but de ces sortes d'entreprises étant de réaliser des bénéfices, qui ne peuvent se faire qu'aux dépens des assurés, cette organisation est particulièrement onéreuse. Elle exige de plus, un contrôle vigilant, pour éviter la méconnaissance des droits des assurés, la multiplication des clauses obscures et des risques de déchéance.

Ces inconvénients des compagnies privées ne sont pas spéciaux à l'assurance maladie et ne suffisent pas, par conséquent, à expliquer l'inexistence, presque totale dans notre matière, de ce genre de sociétés. Ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de le signaler, un des motifs les plus plausibles de cette situation nous est fourni par les difficultés de constatation du risque, qui facilitent grandement les simulations et les fraudes.

Cette répugnance des entreprises financières à étendre leur action dans le domaine qui nous occupe, les défauts que présente une telle organisation et aussi les restrictions qui nous sont imposées par le cadre de notre étude, nous engagent à ne pas insister plus longtemps sur ce mode particulier. Les compagnies privées peuvent d'ailleurs être avantageusement remplacées par d'autres organismes qui, en excluant de leur objet la poursuite de bénéfices, permettent de réaliser de sérieuses économies.

Ce sera d'abord le cas d'une institution d'État qui, ayant uniquement en vue l'intérêt social, ne demandera aux assurés

que les sommes strictement nécessaires au fonctionnement du service.

On pourra également utiliser les groupements mutualistes. En effet, nous l'avons vu, l'assurance n'a d'autre but que de répartir, entre tous les membres d'un groupe, les conséquences d'un sinistre qui n'atteint que quelques-uns. « Le groupe en question ne peut-il pas faire lui-même cette répartition, sans laisser à un intermédiaire le soin lucratif de s'insérer entre la personne des assurés et la collectivité (1)? »

Le problème se trouve ainsi ramené au choix à faire entre deux modes : l'institution d'État et les groupements autonomes.

Il y a lieu de remarquer d'abord que la question ainsi posée est tout à fait générale, qu'elle diffère totalement de celle que l'on examinera plus loin et qui consiste à rechercher si l'assurance doit être facultative ou obligatoire. On peut aussi facilement concevoir une organisation d'État dans un régime de liberté que dans un régime d'obligation (2), et il en est de même en ce qui concerne les établissements autonomes.

Dès que nous abordons l'examen des arguments développés en faveur de chacun des deux procédés, nous sommes amenés à constater que la polémique développée à ce sujet dépasse de beaucoup notre matière : elle résulte, en effet, des divergences de vue qui se manifestent à propos du rôle assigné à l'État. Nous ne pouvons pas entrer ici dans ces discussions (qui ont été particulièrement vives à propos des assurances en général), car leur étude nous conduirait trop loin. Nous nous bornerons donc à considérer la controverse au seul point de vue qui nous occupe, nous attachant uniquement à signaler les arguments développés spécialement à l'occasion de l'assurance maladie-invalidité, et nous examinerons, tout d'abord,

(1) BROUILHET, *Précis d'Économie politique*, 1912, p. 154.

(2) La caisse nationale des retraites pour la vieillesse n'est-elle pas un organisme d'État?

les avantages et les inconvénients, dans notre matière, de l'organisation d'État.

L'assurance, dit-on, « n'est pas, dans sa nature, une affaire qui puisse être laissée à la concurrence des individus. C'est, au contraire une institution publique, qui doit être créée comme telle » (1).

L'État ne peut pas abandonner à l'initiative privée la gestion d'une entreprise aussi importante au point de vue social, aussi capable de rendre des services étendus dans le domaine de la santé publique. D'ailleurs, la collectivité seule pourra donner à l'institution l'uniformité indispensable, la largeur de vues nécessaire; elle seule pourra lutter efficacement contre les divers fléaux qui ravagent la société, par une organisation défensive appropriée, et créer l'unification des sacrifices, par la répartition générale des sinistres et la compensation globale des risques différents.

En outre, l'État inspire une confiance plus grande aux intéressés et il paraît beaucoup plus facile d'imposer l'assurance, quand celle-ci est gérée par la collectivité.

Tels sont les principaux arguments présentés par les partisans de l'organisme d'État, arguments auxquels ses adversaires opposent de nombreux inconvénients.

Si, disent-ils, cette organisation coûte moins cher que l'entreprise financière, elle est cependant très onéreuse, en raison de la multiplication du nombre des fonctionnaires, et aussi, à cause de l'accroissement des fraudes qu'elle entraîne (2). Il faut tenir compte de la mentalité de beaucoup de milieux, de l'opinion, hélas ! trop répandue, d'après laquelle on ne lèse personne quand on trompe l'État. Quels que soient

(1) Adolphe WAGNER. Voir à ce sujet BOVET, *op. cit.*, p. 143.

(2) M. KÖGLER, directeur de l'établissement officiel d'assurance contre les accidents pour la Basse-Autriche, signalant, au Congrès de Vienne des assurances sociales, la fréquence des fraudes, ajoutait : « Elles causent, non seulement un préjudice aux établissements, mais encore ébranlent le sentiment de la justice parmi les assujettis. »

le zèle et l'impartialité des personnes chargées de la surveillance, elles risqueront d'être fréquemment les dupes des ruses habiles déployées par les assurés. Ne voyant pas la répercussion immédiate et directe des abus, ceux-ci n'auront souvent aucun scrupule à simuler des affections, en vue de retirer de l'assurance plus qu'ils n'ont versé. Et, il faut bien le dire, le contrôle sera d'autant plus difficile que les camarades du fraudeur auront une tendance à entraver les recherches des inspecteurs plutôt qu'à les faciliter.

De plus, d'une manière générale, toute augmentation du nombre des fonctionnaires doit être jugée comme une mesure regrettable, car elle prive la production d'unités susceptibles de lui rendre d'importants services.

D'autre part, « l'assurance, pour prospérer, doit conserver une élasticité extrême qu'elle ne peut avoir si elle est ensermée dans les liens de fer du fonctionnarisme (1), » et elle est, dit-on, incompatible avec une organisation d'État qui, « par la force des choses, laissera introduire, dans son fonctionnement, les influences de la politique et les pratiques du favoritisme » (2).

« Il est difficile de soutenir, ajoutait M. Fuster (3), que ce système puisse efficacement développer le sentiment de solidarité entre classes ou entre individus d'un même groupe, faire l'éducation du sacrifice mutuel et de l'entente, socialiser en un mot. Si générale que soit l'assurance en pareil cas, elle conserve son caractère individuel, son caractère d'opération fiscale. »

S'appuyant sur toutes ces considérations, les adversaires de l'organisation d'État concluent au rejet de ce procédé et préconisent, en revanche, un autre mode, dans lequel l'assurance est confiée à des établissements autonomes.

(1) BOVET, *op. cit.*, p. 145.

(2) LAIROLLE, au Congrès de Montpellier des sociétés de secours mutuels.

(3) Congrès international de Dusseldorf, 1902. Rapports et procès-verbaux des séances, p. 870.

Cette autonomie peut se manifester sous plusieurs formes : d'abord, par la gestion directe des intéressés qui choisissent eux-mêmes les administrateurs et directeurs des caisses, et ensuite, par l'octroi d'une certaine liberté dans la fixation des primes et des indemnités.

Ce procédé a l'avantage de reposer sur deux grands principes particulièrement féconds : la responsabilité et l'intérêt personnel. Non seulement, les administrateurs élus devront rendre compte de leur mandat, et la crainte de perdre la confiance des électeurs stimulera leur zèle et leur impartialité, mais les intéressés eux-mêmes seront responsables des fautes et des erreurs de l'administration. Si, par suite d'une gestion défectueuse, les dépenses s'accroissent au point de dépasser les recettes, les adhérents devront combler le déficit, au moyen de l'augmentation des primes ou de la diminution des avantages.

Si, au contraire, la caisse réalise des bénéfices, les prestations pourront être étendues et les assurés auront ainsi un intérêt direct au fonctionnement régulier de l'institution et à la suppression des abus. Les conséquences de ceux-ci retombant en définitive sur l'ensemble du groupement, les sociétaires seront très fortement engagés à démasquer les fraudeurs, et le contrôle le plus efficace sera celui exercé par les affiliés, les uns à l'égard des autres (1). Pour que la surveillance puisse être effective, « il faut que chaque membre devienne presque un détective, qui surveille ses co-assurés » (2).

Avec ce procédé, « dans lequel l'assuré présente sa requête devant des personnes désignées par une élection, à laquelle il participe, au nombre de ses pairs soucieux des deniers d'une œuvre commune, on n'a plus à redouter la méconnaissance de la véritable situation de l'ouvrier, les complaisances et les

(1) Voir dans ce sens M. PORTE, *Revue de la Prévoyance et de la Mutualité* (juillet, août 1921).

(2) LLOYD GEORGE à la Chambre des Communes (*Times*, 4 mai 1911, col. 5).

abus du pouvoir; le contrôle mutuel est la meilleure sauvegarde de l'équité » (1).

A ce sujet, M. Léon Bourgeois, qui n'avait en vue que l'invalidité, mais dont les paroles peuvent s'appliquer également à la maladie, disait, le 23 février 1912, à la tribune du Sénat : « Le risque est individuel, variable de personne à personne, et doit par suite être contrôlé et surveillé par le groupe auquel appartiendra l'assuré, rattaché à d'autres assurés, lesquels auront intérêt à ne pas laisser des demandes irrégulières se présenter et des abus s'introduire dans l'application de la loi. »

Il convient de noter également ici un avantage, que nous avons déjà signalé à propos de la contribution patronale. Si le patron intervient pécuniairement dans l'assurance, il pourra être appelé à participer à son administration et se trouvera fréquemment en contact avec ses ouvriers. Cette collaboration des deux artisans de la production ne peut qu'avoir les effets les plus heureux, au point de vue de la paix sociale.

Mais, en revanche, si l'indépendance des établissements d'assurance est absolue, il y aura lieu de craindre un manque de liaison entre les divers groupements, qui sera susceptible d'entraîner les conséquences les plus néfastes, pour les malades comme pour la collectivité.

En outre, une grave inégalité pourra exister entre plusieurs caisses, même si leur gestion est irréprochable et le contrôle également sévère. En raison uniquement de la variation des risques, les unes accumuleront de grosses sommes, tandis que les autres n'auront pas les capitaux nécessaires à assurer leur fonctionnement normal.

Un exemple pratique de cet inconvénient nous est fourni

(1) BELLOM, *L'assurance contre l'invalidité par les sociétés de secours mutuels*, p. 18.

par M. Piloty qui, en 1899 (1), signalait une différence très sensible dans la situation pécuniaire des caisses allemandes. « Les primes, étant calculées selon les besoins, disait-il, tomberaient, pour certains établissements, à un niveau très bas et même pourraient disparaître (les intérêts des capitaux étant suffisants), tandis que, pour d'autres, elles devraient être doublées ou triplées (2). »

Les développements précédents nous ont permis de constater que les arguments fournis par les partisans des deux systèmes étaient loin d'être sans valeur. Aussi, les différents pays ont-ils généralement essayé de concilier les deux thèses opposées, en adoptant une solution mixte qui, tout en accordant aux groupements une certaine autonomie, réserve cependant l'intervention de l'État, les procédés extrêmes étant rarement appliqués dans leur intégralité.

Il nous est impossible d'étudier ici toutes les législations, qui varient très sensiblement à ce sujet, et il nous faut nous contenter d'examiner quelques systèmes particulièrement typiques, autour desquels nous grouperons les modes d'organisation analogues.

Nous citerons notamment le canton suisse de Glaris, qui a confié à une caisse publique, garantie par l'État, l'assu-

(1) *Les assurances ouvrières dans l'empire allemand. Revue du Droit public et de la Science politique*, nov.-déc. 1899.

(2) Il est apparu très clairement que ces différences se présentaient, notamment, entre régions industrielles et agricoles. (La statistique impériale montre, qu'en 1899, pour une rente d'invalidité de 100 marks, il faut percevoir, en moyenne, 21,55 pfennigs dans les régions agricoles et 9,06 seulement, dans les régions exclusivement industrielles.) Le motif principal de cette anomalie provient de la façon différente dont les assurés sont groupés par âge, dans chaque établissement, la population agricole présentant un pourcentage beaucoup plus important de vieilles gens (sur 1.000 assurés, les vieillards de plus de 70 ans appartenaient, en raison de 27,4, à l'agriculture, de 7,3 seulement, à l'industrie, et de 5,2, au commerce).

rance contre l'invalidité (1), et la « Caisse générale belge d'épargne et de retraite » (2).

En ce qui concerne les établissements jouissant de la plus large autonomie, nous ne pouvons que mentionner les Sociétés de secours mutuels des divers pays, qui ont généralement les pouvoirs les plus étendus, tant pour fixer les indemnités et les cotisations, que pour modifier leurs statuts et administrer leurs capitaux (3).

Quant aux lois qui ont laissé une assez grande latitude aux groupements, tout en leur imposant une certaine réglementation, elles constituent la grande majorité des législations d'assurance. Nous consacrerons seulement des développements particuliers à l'organisation allemande, anglaise et norvégienne.

L'Allemagne « a su faire, dans l'administration, une large part aux intéressés » (4) et cette autonomie est surtout caractérisée dans l'assurance maladie : les caisses locales (5) sont gérées par un comité directeur et une délégation, dont les membres sont élus à raison d'un tiers par les employeurs et de deux tiers par les ouvriers (6). Elles peuvent accorder

(1) Loi du 7 mai 1916.

(2) Cet établissement a pour but, en dehors des opérations d'épargne et d'assurance, le service de pensions de retraite pour la vieillesse. En cas d'incapacité de travail, l'assuré peut être admis à jouir immédiatement des rentes acquises, mais avec une réduction proportionnelle à son âge. « Cette disposition n'est d'ailleurs que très rarement appliquée. » (J. BÉGASSE, *Les assurances sociales en Belgique*, p. 23.)

(3) Pour l'organisation des sociétés de secours mutuels françaises, consulter GOURDIN, *Les sociétés de secours mutuels*.

(4) JAY, *L'assurance ouvrière et la solidarité dans l'industrie. Revue politique et parl.*, sept. 1905.

(5) En dehors de ces caisses, la loi reconnaît l'existence des caisses d'entreprise, corporation, etc...

(6) « Les rapports sont généralement très courtois » (Saint-Aubert) quelquefois cependant il y eut « des conflits, qui se sont terminés par la retraite des patrons conscients de leur impuissance ». En vue de les éviter, M. FREUND proposait au Congrès de Vienne d'employer, pour la maladie, le même système que celui appliqué pour la direction des caisses d'invalidité. Voir plus loin.

aux assurés des avantages supplémentaires, si leurs ressources le permettent et, « dans le cas où celles-ci seraient insuffisantes, il y a lieu de diminuer les prestations, jusqu'à concurrence d'un minimum légal, ou bien d'augmenter les cotisations » (1).

Les établissements d'assurance invalidité, au contraire, ne sont pas dirigés uniquement par les représentants des patrons et des assurés (2). A côté d'eux, on trouve un ou plusieurs fonctionnaires, dont l'un est président (3). D'autre part, le chiffre de la cotisation est fixé par la loi et, par conséquent, on ne trouve pas « cette répercussion immédiate, que les défauts de la gestion ou les abus du coulage devraient exercer sur la cotisation » (4).

Enfin, les « offices et les offices supérieurs des assurances », qui sont chargés « d'administrer les affaires de l'assurance », se composent de membres fonctionnaires et d'assesseurs élus, mais « leur situation est plutôt », disait M. Bödiker au Congrès de Düsseldorf, « celle d'un conseiller amical que celle d'un maître bureaucratique » (5).

Quant aux institutions anglaises, elles bénéficient d'une très large autonomie. L'organisation de l'assurance repose

(1) Loi citée, § 387.

(2) Ces représentants sont élus ici en nombre égal par les employeurs et les ouvriers.

(3) « Le rôle des représentants élus nous a paru si considérable que nous croyons pouvoir affirmer que les établissements d'assurance sont administrés bien plutôt par les intéressés eux-mêmes que par les fonctionnaires. » SAINT-AUBERT, *Rapport sur l'assurance contre l'invalidité et la vieillesse en Allemagne*, p. 255.

(4) BELLOM, *L'assurance contre l'invalidité en Belgique*, *Revue pratique* 1911, p. 65. Cette absence de répercussion est, selon M. Bellom, une des causes de l'exagération du nombre des invalides, qui est de 8 fois supérieur à celui des vieillards pensionnés.

(5) Les principales législations d'assurance se rapprochent sensiblement de ce système, avec quelques variantes sur l'étendue des pouvoirs, le nombre respectif des fonctionnaires et des représentants élus, etc... C'est le cas notamment de l'Autriche, de l'Italie, du Luxembourg, de la Serbie, de la Pologne, dont les lois ont été précédemment citées.

en effet, presque entièrement, sur les sociétés autorisées (1) (c'est-à-dire sur les mutualités et pour une petite partie sur les caisses syndicales). L'administration est confiée à des représentants élus et les sociétés sont intéressées à la bonne gestion, par des dispositions analogues à celles adoptées par l'Allemagne, en ce qui concerne la maladie. La situation financière est vérifiée tous les trois ans et, suivant les cas, les cotisations sont augmentées ou les secours étendus (2). Mais, nous l'avons vu, ces caisses n'ont pas d'autres attributions que le versement d'indemnités pécuniaires, l'allocation des soins médicaux étant réservée aux comités d'assurance, dont les membres d'ailleurs sont presque tous élus.

D'autre part, un comité central est chargé de maintenir l'unité de vues dans tout le royaume, et des commissaires ont spécialement pour mission d'assurer l'application de la loi.

La législation norvégienne organise, dans chaque commune, une caisse publique, qui jouit de l'autonomie et de la personnalité civile. Tous les assurés majeurs sont électeurs et éligibles au conseil directeur de la caisse, ainsi que les patrons qui participent à l'assurance. Le contrôle et la direction générale sont exercés par l'office royal.

§ II. — Assurance facultative ou obligatoire.

Un problème tout à fait distinct s'impose maintenant à notre attention. On peut le formuler très brièvement sous cette forme : l'assurance sera-t-elle facultative ou obligatoire?

(1) 13.184.886 assurés sont membres des sociétés, contre 1.200.000 assurés libres. MANIER, *Les assurances sociales en Angleterre*, p. 100. La minorité, qui comprend tous les mauvais risques, est groupée en un corps appelé « Post office contributory » et bénéficie d'avantages inférieurs aux membres des sociétés.

(2) Si le déficit n'est pas comblé dans le délai fixé, les commissaires peuvent se charger de la gestion de la société déficitaire. Ce n'est que lorsque tous les moyens sont épuisés que se produit l'assistance de l'État.

Nous touchons là à une délicate question. Ce caractère lui vient, non seulement, de la gravité des conséquences que sa solution est susceptible d'entraîner, mais encore, de l'intérêt particulier qu'ont éveillé les nombreuses et très vives controverses développées à son sujet.

Les deux systèmes ont leurs détracteurs acharnés comme leurs partisans convaincus. Nous n'avons pas l'intention de reproduire ici les polémiques très animées qui se sont fait jour en cette matière, d'autant plus que, comme celles engagées à propos de l'assurance par l'État, elles reposent sur une idée beaucoup plus générale; ici encore, il s'agit de la question du rôle dévolu à la puissance publique. Suivant que l'on est opposé ou non à l'ingérence de l'État dans certains domaines, suivant l'idée que l'on se fait de son pouvoir et de ses attributions normales, on admet ou on rejette l'obligation en matière d'assurance.

Nous laisserons donc de côté la question fondamentale, pour ne considérer la controverse qu'au point de vue strict de l'assurance maladie et invalidité, et à ce point de vue, nous étudierons les avantages et les inconvénients respectifs de la liberté d'abord, de l'obligation ensuite.

Les partisans de la prévoyance facultative, après avoir invoqué la valeur du grand principe apposé au fronton de nos établissements publics, sur lequel repose l'institution même de toute démocratie, après avoir insisté sur les conséquences fâcheuses de tout empiètement de l'État sur la liberté individuelle, dans quelque domaine que ce soit, s'appuient ici, pour préconiser le régime de liberté, sur l'intérêt moral qu'il présente. Avec ce procédé, on développe, chez le travailleur, la notion féconde de la responsabilité personnelle. L'homme, en effet, connaît vite, sinon par sa propre expérience, du moins par les événements auxquels il lui est donné d'assister, les dangers qui le menacent; il sait que l'avenir peut lui ménager ses disgrâces comme ses faveurs et que, si sa vie est susceptible de s'écouler sans heurts, il

est possible, au contraire, qu'elle soit en butte aux attaques injustes de l'adversité. Si une propagande intelligente lui montre qu'il existe des moyens efficaces de se préserver contre ces fléaux, et qu'il ne tient qu'à lui de se garantir contre les atteintes du malheur, il se sentira coupable de les dédaigner. Dans la crainte d'encourir un jour les reproches de sa conscience, comme ceux de sa famille, il mesurera l'étendue de sa responsabilité. Ces réflexions bienfaisantes développeront le sentiment élevé, qu'il peut avoir de son individualité, et l'engageront à faire les efforts nécessaires, pour se prémunir contre les risques qui peuvent survenir. Au lieu de s'attacher uniquement au moment présent, l'individu s'habitue peu à peu à considérer l'avenir, à prévoir les dangers auxquels il est exposé et, par suite, à s'efforcer de se garantir contre leurs atteintes. L'assurance facultative a donc le mérite d'apprendre la prévoyance au travailleur, et elle apparaît ainsi comme étant douée d'une grande vertu éducative.

Des conséquences morales très heureuses résultent également de la nature des qualités exigées du prévoyant. Celui-ci, en vue de parer à des besoins futurs, doit souvent faire un sacrifice présent particulièrement pénible. Il lui faut prélever, sur un salaire parfois modique, le montant des cotisations perçues par l'assurance. D'autre part, l'effort qu'il lui faut accomplir doit être continu; s'il renonce un jour à effectuer le paiement de ses primes, il perd le profit de ses versements antérieurs et se trouve à la merci du risque, au même titre que celui qui n'a jamais cotisé. Cette conséquence l'engage fortement à poursuivre ses efforts jusqu'au bout. La prévoyance libre développe ainsi l'épargne et la persévérance. Elle a aussi pour résultat de sauvegarder l'affranchissement économique de l'ouvrier et de lui donner conscience de cet affranchissement. Se protégeant lui-même contre les risques inhérents à toute existence humaine, le travailleur acquérera la fierté de son indépendance et son amour-propre en sera sensiblement accru.

Un autre argument, celui-là d'ordre pratique, est présenté en faveur de la prévoyance libre. Elle s'applique, dit-on, facilement aux besoins populaires : « Les ressources des ouvriers, comme leurs charges, varient à l'infini, suivant leur profession, leur salaire, leur résidence, etc... La mutualité libre se plie à tous ces cas spéciaux et donne satisfaction à tous. »

A ces avantages, les adversaires du système opposent un inconvénient : ce procédé, disent-ils, a certes une grande valeur morale, mais ses résultats sont insuffisants. Qu'il s'agisse de la liberté pure et simple, ou de la liberté subsidiée (les prévoyants étant encouragés par l'aide financière de l'État) (1), le nombre des assurés volontaires demeure très restreint. D'autre part, beaucoup de ceux-ci sont des gens relativement aisés, qui n'ont souvent pas besoin des prestations éventuelles de l'assurance, alors que la masse des travailleurs reste réfractaire aux idées de prévoyance.

Quoi qu'il en soit, on trouve un certain nombre de pays, où la protection contre les risques qui nous occupent ne fait pas l'objet des prescriptions impératives de la législation.

C'est le cas, notamment, de l'Espagne (2), de l'Italie (3), de la Suède (4), du Danemark (5), en ce qui concerne spécialement la garantie contre la maladie, l'invalidité étant soumise à un régime d'obligation. En Suisse, la loi fédérale du 13 juin 1911 organise une assurance facultative contre la maladie, mais laisse aux cantons le soin d'en décréter l'obli-

(1) L'assurance facultative peut, en effet, être absolument libre, les subventions des tiers étant elles-mêmes facultatives, ou bien être seulement facultative pour l'intéressé, la subvention étant obligatoire. TRUCHY, *Économie politique*, t. II, p. 395.

(2) Loi du 30 juin 1887. Il y avait, en 1905 en Espagne, 4.000 « monte pios », ou sociétés analogues à nos sociétés de secours mutuels (ROCHETIN, *Les institutions de prévoyance et d'assurance sociales en Espagne. Revue politique et parlementaire*, 10 décembre 1905).

(3) Loi du 15 avril 1896. Mutualité non subventionnée.

(4) Loi du 4 juillet 1910.

(5) Loi du 12 avril 1892.

gation (1). D'autre part, la Suisse ne paraît pas s'être préoccupée directement de l'invalidité, laissant aux législations cantonales le soin d'y pourvoir à leur gré. Jusqu'à présent, c'est le système de la liberté subsidiée qui a prévalu (2).

En Belgique et en France, aucune législation obligatoire n'a encore été instituée, au point de vue qui nous intéresse, si ce n'est pour des catégories particulières de travailleurs, tels que les mineurs (3). A part cette légère exception, c'est la prévoyance libre, ce sont les Sociétés de secours mutuels qui, encouragées par les subventions de l'État, ont fourni aux ouvriers les moyens de se protéger contre les risques de maladie et d'invalidité (4).

Ces institutions ont pris, grâce au dévouement désintéressé de leurs membres et à l'ardent prosélytisme de leurs chefs, une extension considérable, et les services, qu'elles rendent à travers tout le pays, font le plus grand honneur à la mutualité (5).

Cependant, un certain nombre de personnes, tout en rendant hommage aux efforts très louables des organisations de prévoyance libre, croient devoir préférer au système de la liberté celui de l'obligation. Ils développent, en faveur de

(1) Une loi fédérale du 5 octobre 1899, organisant l'assurance obligatoire contre la maladie, avait été votée à la presque unanimité, mais le referendum demandé rejeta la loi, le 20 mai 1900, par 337.536 voix contre 146.617.

(2) Notamment, dans les cantons de Neuchâtel (loi du 25 mars 1898) et de Vaud (loi du 2 mars 1907). PIC, *Les assurances sociales à l'étranger*, p. 114.

(3) La loi française des retraites ouvrières ne peut pas, en effet, être considérée comme une véritable loi d'assurance contre l'invalidité.

(4) Ce dernier risque est garanti par les caisses de réassurance, créées par un grand nombre d'unions de sociétés.

(5) En 1920, ont fonctionné, en France, 19.631 sociétés, comptant, au total, un nombre de 4.061.410 membres participants; elles ont distribué, pendant cette même année, un peu plus de 36 millions pour les secours maladie.

leur thèse, un certain nombre d'arguments que nous ne ferons que citer brièvement :

Tout d'abord, ils invoquent la nécessité absolue d'un régime de contrainte. Si on laisse les travailleurs libres de s'assurer ou de ne pas s'assurer, une grande partie d'entre eux négligeront de le faire. « L'assurance sera obligatoire ou ne sera pas, » écrivait M. Jay, en 1905 (1).

Les bienfaits de cette institution sont tels, qu'il y a un intérêt social de premier ordre, à ce qu'elle soit aussi étendue que possible : la survenance d'un risque non assuré entraînera souvent la ruine de l'ouvrier qui en est atteint, et, s'il est incapable de résister à la dure épreuve qu'il lui faudra subir, il sera à tout jamais perdu pour la société. « L'État a le droit d'empêcher la perte d'unités économiques, qui affaiblirait sa force de production (2). »

Directement intéressé à l'amélioration de l'état sanitaire général, il doit permettre à tous ses membres de recevoir, en cas de maladie, les soins indispensables.

Les travailleurs imprévoyants étant, de plus, exposés à tomber, un jour ou l'autre, à la charge de l'assistance publique, la collectivité doit se défendre contre ce danger, et le moyen le plus efficace c'est d'imposer l'assurance.

L'obligation peut seule fournir les grands nombres nécessaires aux calculs techniques les plus rigoureux. Elle assure la continuité des institutions, grâce au recrutement constant de nouveaux adhérents. L'effectif étant sensiblement équivalent, et l'âge moyen des membres ne variant pas dans une mesure très importante, elle permet l'emploi de la répartition.

La coercition permettra, en outre, la réunion de capitaux importants, qui faciliteront la « réalisation d'œuvres de pré-

(1) JAY, *Revue pol. et parl.*, sept. 1905, p. 451.

(2) GUILHAUMON, *Les sociétés de secours mutuels et leur concours à l'assurance ouvrière*, p. 254.

servation collective utiles à la population toute entière » (1).

Elle aura pour effet d'accroître l'indépendance de l'ouvrier, « en affranchissant l'individu des servitudes morales et physiques, que la misère apporte toujours avec elle » (2).

C'est, dit-on également, le seul régime qui permette la généralisation de l'assurance et l'uniformité des cotisations et des secours. Il procure à l'ouvrier, qui change de profession ou de domicile, le moyen de trouver partout un établissement prêt à le recevoir, sans obligation d'un stage qui interromprait les secours, ni versement d'un droit d'entrée qui imposerait à la victime de nouveaux sacrifices.

Enfin, il permet, dans le calcul des primes, de faire abstraction de l'âge et de l'état de santé des assurés.

Tels sont les avantages du régime de l'obligation. Ses adversaires développent, en regard, toute une argumentation. Outre que l'assurance ainsi conçue constitue une atteinte portée à la liberté individuelle, ce qui devrait suffire à la faire rejeter, elle a, disent-ils, des conséquences néfastes au point de vue de la mentalité des travailleurs : elle tue l'esprit d'initiative, élimine le caractère élevé qui réside dans toute idée de prévoyance, et n'a pas plus d'efficacité morale qu'un impôt quelconque. Elle présente même, à ce sujet, des inconvénients graves : « Elle porte, au plus haut point, les vices de tout système d'assurance; les fraudes seront d'autant plus à craindre que l'institution englobe, non une élite sélectionnée par l'effort volontaire de prévoyance, mais la masse toute entière des travailleurs (3). » Les avantages procurés aux personnes qui auront réussi à frauder ne pourront avoir d'autre résultat que d'abaisser le niveau moral de la population assurée.

(1) PIC, *op. cit.*, p. 219.

(2) ANT. DUBOST, *Proposition de loi* (1905, Sénat, n° 111), 1^{re} partie, ch. II.

(3) TRUCHY, *op. cit.*, t. II, p. 399.

L'assurance obligatoire est, en outre, une lourde machine administrative qui manque de la souplesse nécessaire, et elle est impossible pour un grand nombre d'ouvriers, dont le salaire est déjà insuffisant pour leur entretien et celui de leur famille.

D'autre part, « la participation de populations entières à l'assurance va jeter sur le marché des sommes considérables, qui abaisseront, dans une forte mesure, le taux de l'intérêt » (1) et des capitaux très importants seront enlevés à l'industrie et au commerce.

Et, enfin, l'une des plus grandes difficultés sera d'établir une sanction, « pour cet acte, qui ne peut s'imposer que par la conscience du devoir de prévoyance sociale » (2).

Malgré tous ces inconvénients, l'assurance obligatoire fonctionne dans un grand nombre de pays, et nous pouvons constater que la plupart des lois qui l'ont instituée sont relativement récentes.

On la trouve organisée, pour les deux risques qui nous occupent, en Allemagne (3), en Angleterre (4), en Autriche (5), au Luxembourg (6), aux Pays-Bas (7), en Roumanie (8) et en Serbie (9). D'autre part, l'assurance obligatoire contre la

(1) BOVET, *op. cit.*, p. 59.

(2) GRAU (au Congrès des Sociétés de secours mutuels de Montpellier, t. 2, page 236), qui ajoute : « Ce ne sera certainement pas dans les prétoires des justices de paix qu'on le trouvera. » Conférer, d'autre part, l'exposé des motifs du projet de loi D. VINCENT : « Plus que tout autre procédé de contrainte, d'ailleurs, c'est le contrôle permanent et réciproque qui entraînera la soumission volontaire aux obligations légales. Les avantages importants procurés offriront, au surplus, un tel attrait, que nul ne songera à s'en priver et à en priver les siens. »

(3) Code impérial des assurances du 19 juillet 1911.

(4) Loi du 16 décembre 1911.

(5) Loi du 30 mars 1888, modifiée par la loi du 20 novembre 1917 (maladie), et loi du 16 décembre 1906 (invalidité).

(6) Loi du 31 juillet 1901 (maladie) et 6 mai 1911 (invalidité).

(7) Lois nos 204 et 205 du 5 juin 1913.

(8) Loi des 25 janvier-7 février 1912.

(9) Loi des 29 juin-12 juillet 1910.

maladie est instituée en Pologne (1), en Norvège (2), en Hongrie (3), et, en ce qui concerne spécialement les mineurs, en France (4); la protection contre l'invalidité est organisée, par un système d'obligation, en Suède (5), au Portugal (6), en Italie (7) et au Danemark (8).

Il y a lieu de remarquer ici que la prévoyance libre n'est pas absolument exclue des législations que nous venons d'énumérer. En effet, l'obligation ne s'applique, en général, qu'à une certaine catégorie de travailleurs (ceux gagnant un salaire inférieur à une somme donnée). La plupart du temps, la loi elle-même prévoit une assurance facultative pour les ouvriers dont les appointements, tout en ne dépassant pas un certain maximum, excèdent néanmoins la limite fixée pour l'assurance obligatoire (9). De plus, en dehors même des barrières ainsi imposées à l'assurance facultative, se trouve tout un domaine dans lequel les sociétés de secours mutuels peuvent efficacement exercer leur action. C'est pourquoi ces institutions subsistent généralement dans presque tous les pays, et elles y sont appelées à rendre encore de grands services en raison du nombre considérable de personnes laissées à l'écart de la législation.

Si nous jetons un coup d'œil sur l'état actuel de la polémique entre les partisans et les adversaires de l'obligation dans notre matière, nous sommes obligés de reconnaître, en toute impartialité, que la cause de l'obligation semble avoir fait un grand pas et que ce régime tend à s'étendre de plus en

(1) Loi du 19 mai 1920.

(2) Loi du 6 août 1915.

(3) Loi du 6 avril 1907.

(4) Loi du 29 juin 1894.

(5) Loi du 30 juin 1913.

(6) Décret du 10 mai 1919.

(7) Décret-loi du 21 avril 1919.

(8) Loi du 6 mai 1921.

(9) Allemagne, Angleterre, Autriche, Norvège, Hongrie, Italie, etc.

plus. Cette constatation résulte de l'examen des faits. Certains pays, chez lesquels le principe de la prévoyance libre était resté, jusqu'à ces derniers temps, le dogme intangible, paraissent adopter peu à peu le système de l'obligation. C'est le cas de l'Italie, de l'Espagne qui, depuis la guerre, ont organisé un régime de coercition. Il n'est pas jusqu'à la Belgique qui ne se soit engagée dans cette voie : la Chambre des représentants avait adopté, en novembre 1913, un projet de loi consacrant ce principe (1) qui, il est vrai n'a pas encore reçu l'approbation du Sénat. Néanmoins, cette évolution était à ce point significative que M. Bellom, l'un des grands champions de la thèse libérale, pouvait dire à ce sujet : « L'interventionnisme débordant menace d'envahir, sous les formes les plus diverses, des domaines où les principes rationnels de l'économie politique libérale régnaient naguère en maîtres incontestés (2). »

En France, depuis longtemps, des propositions nombreuses ont eu pour but d'organiser l'assurance obligatoire, mais cette question a pris un intérêt tout particulier, en raison du dépôt, sur le bureau de la Chambre, d'un vaste projet gouvernemental reposant sur ce principe. Et il est curieux de remarquer que les mutualistes, qui toujours ont été les adversaires les plus acharnés de ce système, n'ont pas élevé, à ce sujet, des protestations unanimes. Au contraire, une grande partie d'entre eux s'est ralliée rapidement à la méthode coercitive. Nous n'en donnerons pour preuve que ce passage du rapport de M. Robelin (3), le représentant qualifié des sociétés

(1) Il est assez curieux de noter, en passant, que ce projet, que le Sénat ne put alors discuter à cause de la guerre, fut rendu exécutoire par deux arrêtés du 14 mars 1918 de l'administration allemande d'occupation.

(2) BELLOM, *L'évolution de l'assurance sociale en Belgique. Econ. Français* du 7 février 1914.

(3) Rapport de M. ROBELIN, président de la Fédération nationale de la Mutualité française, sur le projet de loi des assurances sociales à la séance du 24 juin 1921 du Conseil supérieur de la Mutualité.

de secours mutuels : « Sur la question d'obligation, les divergences ont été à peu près nulles. Tout le monde, à la quasi-unanimité, a reconnu que l'assurance était instituée, non pas seulement dans l'intérêt de chaque individu pris isolément, mais pour la sauvegarde de la collectivité tout entière. Tout le monde a admis que la liberté de chacun était limitée par le devoir de chacun envers tous. »

Nous n'insisterons pas davantage sur la controverse élevée entre les défenseurs respectifs de la liberté et de l'obligation, en matière d'assurance sociale. Les quelques données qui précèdent suffisent à montrer la nature de la discussion, les solutions positives et les tendances actuelles.

Nous nous proposerons maintenant d'étudier certains problèmes qui se posent plus particulièrement à l'occasion de l'un ou l'autre des deux systèmes.

PROBLÈME PARTICULIER A L'ASSURANCE FACULTATIVE

C'est ainsi qu'une question se trouve principalement soulevée dans les régimes de liberté, c'est celle du sort à réserver aux mauvais risques, aux individus qu'aucune caisse ne voudra accepter en raison des charges particulières qu'ils sont susceptibles de lui apporter.

Cette difficulté, à vrai dire, n'est pas absolument spéciale à la prévoyance libre. On la retrouve dans l'assurance obligatoire, quand une grande latitude est laissée aux groupements pour admettre ou refuser les adhésions. Ce sera le cas des pays où l'assurance repose presque entièrement sur les sociétés de secours mutuels, l'Angleterre par exemple (1). Mais, dans ces législations, l'obligation imposée aux individus de s'assurer doit nécessairement avoir pour corollaire l'existence d'établissements contraints de les recevoir. Par conséquent, le problème consiste seulement à savoir si tous les groupements

(1) Voir note 1, page 186.

seront tenus d'accepter la totalité des assurés d'une région ou d'une profession déterminée, ou bien si on créera des institutions spéciales qui devront admettre les individus qu'aucune caisse n'aura acceptés (1). La question étant autrement plus complexe en ce qui concerne la prévoyance libre, c'est à ce dernier point de vue que nous l'étudierons.

Il convient de préciser au préalable la signification du terme « mauvais risques ». Il ne s'agit pas des ouvriers qui sont déjà atteints de maladies. Chez ces individus, le risque est réalisé et ne saurait, par suite, faire l'objet d'une assurance. Les personnes envisagées ici sont les travailleurs affaiblis ou âgés qui, sans être malades, menacent de le devenir rapidement, en raison de leur peu de résistance physique. Ils constituent, par suite, une charge éventuelle très lourde pour l'assurance, et les groupements s'efforcent de les écarter. C'est ainsi que nos sociétés de secours mutuels font subir, dans ce but, un examen médical d'entrée. Cette mesure présente un intérêt financier indiscutable pour l'établissement, mais, en revanche, paraît néfaste au point de vue social. La collectivité ne doit-elle pas permettre à tous les citoyens de faire l'effort de prévoyance nécessaire, ne doit-elle pas rendre effective la faculté de s'assurer? N'est-il pas paradoxal que les individus les plus menacés par la maladie soient les seuls à ne pouvoir se protéger contre elle?

Placée ainsi sur le terrain moral et social, la question semble très facile. En effet, à ce point de vue, la réponse ne saurait faire de doute; il est nécessaire que chacun puisse se garantir contre les risques auxquels il est exposé. Mais les difficultés apparaissent quand on veut appliquer ce principe.

(1) C'est ainsi que le législateur allemand a dû prévoir l'institution de caisses spéciales, pour certaines entreprises à durée limitée pour lesquelles les risques atteignent une valeur considérable : telles sont les entreprises de constructions.

Le premier moyen, le plus simple, consisterait en l'obligation, imposée aux sociétés, d'admettre les personnes qui sollicitent leur adhésion, quels que soient leur âge et leur force de résistance. Mais c'est là une mesure très délicate. Elle risque, d'abord, d'avoir des répercussions désastreuses sur les finances et l'avenir du groupement. De plus, les établissements contraints d'accepter un trop grand nombre de mauvais risques se désagrégeraient rapidement, en raison de l'augmentation considérable des dépenses résultant de cette mesure. Aucune responsabilité ne pourrait être véritablement encourue par les sociétés, qui mettraient tous leurs déficits sur le compte de cette obligation et, en présence de l'augmentation nécessaire des cotisations, les affiliés préféreraient suspendre leurs versements, plutôt que de continuer à payer des sommes destinées presque exclusivement à un petit groupe d'assurés.

En dehors même de ces conséquences, le moyen envisagé est difficilement applicable. Il est, en effet, impossible d'imposer à un groupement libre l'admission de toutes les personnes qui demandent à en faire partie. Les membres de la société n'ont souvent fondé celle-ci qu'en raison de la confiance réciproque qui existait entre eux, et ils doivent pouvoir refuser l'adjonction d'individus qui viendraient amener la discorde dans le sein de l'association. Il est nécessaire de respecter à cet égard les prérogatives des sociétés et de leur permettre de se recruter là où elles veulent, et, par suite, de refuser les personnes qui ne leur conviennent pas. Tout ce qu'on peut prescrire, et c'est déjà une atteinte portée à leur liberté, c'est que le refus d'admission ne saurait avoir pour motif l'âge du candidat (1). Un tel système paraît laisser la porte ouverte à toutes les exclusions. On refusera un ouvrier, en réalité parce qu'il est trop âgé, mais on trouvera toujours une raison valable pour l'écarter. La loi sera facilement

(1) Cf. Art. 30 de la loi anglaise du 16 décembre 1911.

tournée, et on peut dire qu'en fait ce procédé est à peu près inapplicable dans un régime de liberté.

Un moyen plus efficace consisterait, non plus à heurter la volonté des groupements, mais à les intéresser à l'admission des mauvais risques. On y arriverait peut-être par un régime de primes qui les encouragerait à recevoir les individus âgés (1). Ou bien encore, laissant aux sociétés existantes toute liberté en ce qui concerne les adhésions, l'État pourrait créer des établissements indépendants, chargés spécialement d'assurer les ouvriers que personne n'a voulu admettre. On leur donnerait pour mission, ou bien de distribuer toutes les prestations habituelles, ou bien seulement de n'accorder que les soins médicaux et pharmaceutiques. Dans l'un ou l'autre cas, ces organismes ne sauraient suffire aux dépenses. Il leur est, en effet, impossible de demander aux assurés la cotisation techniquement nécessaire, ceux-ci n'étant pas en mesure de la fournir. Pour que le risque soit entièrement couvert, l'État devra intervenir; et le système contiendra, par suite, une grande part d'assistance.

De plus, les procédés que nous venons de signaler encourent tous le même reproche, qui est loin d'être à dédaigner. Dans un régime d'obligation, une telle manière de faire n'entraînera pas d'inconvénients moraux appréciables, car tout le monde est contraint de s'assurer, mais dans la prévoyance libre il n'en est pas ainsi. Les gens qui s'assurent font, dans ce cas, partie d'une élite, qui reconnaît la nécessité de se garantir contre les risques qui la menace. Certains de ces citoyens ne peuvent pas le faire, en raison de leur situation physique, qui leur ferme les portes des sociétés, et bénéficieront justement de l'organisation qui nous occupe. Mais n'y

(1) L'article 55 de la loi anglaise prévoit qu'une somme dite : « valeur de transfert » sera constituée (par une retenue opérée sur toutes les cotisations des assurés) et portée au crédit des sociétés approuvées, qui admettront des membres âgés de plus de 16 ans.

a-t-il pas lieu de craindre que la majorité des assurés, ainsi admis dans ces établissements spéciaux, sollicitent leur adhésion, non pas pour des motifs élevés de prévoyance, mais uniquement parce qu'ils savent devoir retirer de l'institution beaucoup plus qu'ils n'ont versé. Le système alors entraînera de graves inconvénients. Les gens sauront que, le jour où la diminution de leurs forces leur fera redouter la survenance d'une maladie, ils trouveront un organisme prêt à les recevoir. Pourquoi alors épargner lorsque leur santé est florissante et que la jeunesse ne leur apporte qu'une somme minime de risques. Ce sera la disparition complète de toute idée de prévoyance et l'abaissement corrélatif du niveau moral de la population. On devra redouter qu'au bout d'un certain temps l'assurance ne comprenne plus que des gens malades et qu'elle se ramène ainsi à une assistance déguisée.

Si l'on adoptait un tel procédé, il faudrait donc envisager toute une série de mesures destinées à prévenir ces inconvénients; elles pourraient, par exemple, consister en la nécessité d'un stage assez long, ou en la limitation des secours proportionnellement à l'importance des cotisations versées (1).

Quoi qu'il en soit, nous ne connaissons aucune législation de prévoyance libre qui ait organisé un régime spécial en faveur des mauvais risques.

PROBLÈMES PARTICULIERS A L'ASSURANCE OBLIGATOIRE

Si nous abordons maintenant les problèmes particuliers à l'assurance obligatoire, nous devons d'abord nous demander ce qu'il conviendra d'entendre par le mot obligation,

(1) C'est ainsi que, dans le système anglais de l'assurance postale, les secours ne sont alloués qu'après 52 semaines de cotisations et le droit de l'assuré aux prestations est limité au montant de son crédit au fonds de l'assurance, il est suspendu lorsque le crédit est épuisé. Le comité d'assurance peut d'ailleurs continuer l'allocation des soins médicaux.

c'est-à-dire quelle sera la nature même de la contrainte, et, ensuite, quelle devra être son étendue.

Jusqu'ici, nous avons compris ce terme avec le sens de l'obligation, pour un certain nombre d'individus, de contracter une assurance. C'est là évidemment sa véritable signification, mais on peut néanmoins concevoir la coercition sous des aspects un peu différents. Notamment, les assurés d'une région déterminée peuvent être incorporés d'office dans une caisse d'assurance, sans que le choix entre plusieurs établissements leur soit laissé, ou bien ils peuvent avoir la liberté de s'adresser à tel ou tel groupement, tout en étant tenus de se faire admettre dans l'un d'eux. En deux mots, il peut y avoir une « obligation de caisse », ou simplement « une obligation d'assurance » (1).

Les avantages du premier procédé sont d'éviter la multiplication trop grande des institutions, de simplifier le contrôle de l'assurance, de répartir plus normalement, entre les sociétés, les diverses catégories d'assurés et de faciliter ainsi l'unification du système.

En revanche, cette contrainte aura pour résultat d'entraver la généralisation de l'assurance. Certaines personnes s'adresseront, en effet, volontiers à une société qui leur plaît, alors qu'elles mettront la plus mauvaise volonté à verser des primes dans une caisse qui ne leur inspire pas confiance.

De plus, les assurés étant inscrits obligatoirement à tel ou tel organisme, l'émulation entre les groupements, qui peut avoir les effets les plus heureux dans un régime d'institutions autonomes, n'aura pas les mêmes raisons de se manifester.

Aussi, à part les organisations d'assurance professionnelles, dans lesquelles les ouvriers d'une même maison sont groupés dans une caisse unique (2), la presque totalité des pays a reconnu aux assurés la liberté d'option.

(1) BELLOM, *Les lois d'assurance ouvrière à l'étranger*, t. I, p. 4.

(2) En France, les caisses d'ouvriers mineurs.

Recherchons maintenant quelle doit être l'étendue de l'obligation. Le problème ainsi posé n'est pas celui de savoir si tels ou tels travailleurs seront compris ou non dans l'assurance, si celle-ci s'appliquera, par exemple, aux employés, aux ouvriers agricoles, ou aux domestiques. Ce sont là des questions de détail que nous ne traiterons pas ici. Ce que nous voulons examiner, c'est si l'obligation doit s'appliquer à toute la population, ou bien seulement à une certaine catégorie d'individus, à ceux, par exemple, qui vivent exclusivement du produit de leur travail.

Pour les uns, l'assurance générale semble la mieux justifiée, car les droits et les devoirs de tous les citoyens doivent être égaux, et il n'est pas équitable d'imposer une obligation à une seule catégorie d'entre eux. L'intérêt de l'assurance est appréciable pour les riches comme pour les pauvres. Les premiers ne sont-ils pas exposés, par suite de mauvaises affaires ou d'une catastrophe quelconque, à être totalement ruinés ? La coercition pourra même leur rendre des services plus importants qu'aux ouvriers qui vivent au jour le jour. Ceux-ci savent qu'une maladie les contraindra inévitablement à la misère ; les personnes aisées, au contraire, peuvent penser raisonnablement que l'assurance n'est pas utile pour eux, et qu'ils auront toujours les ressources suffisantes pour supporter une longue affection.

De plus, dit-on, ce système est le seul qui permette, équitablement, la participation des assurés aisés aux dépenses occasionnées par la survenance du risque, chez les ouvriers à faible rémunération. Il ne serait pas juste d'adopter ce principe, si tous les individus n'étaient pas soumis à la contrainte. En vertu de quel droit estimerait-on que les travailleurs à salaires élevés doivent aider les ouvriers pauvres, alors qu'au-dessus de la limite maxima fixée pour l'assurance, aucune autre charge que celle résultant de la qualité de contribuable ne serait imposée.

D'autres personnes, au contraire, sont d'avis que « l'assurance sociale ne doit être imposée que dans la mesure où les ris-

ques individuels peuvent compromettre la garantie du minimum d'existence et mettre l'individu à la charge de la société » (1).

Les défenseurs de cette théorie étayaient leur opinion d'arguments inspirés par les inconvénients du système précédent. « Il serait périlleux, pour un État, de contraindre à l'assurance des citoyens possédant, ou présumés en possession, de ressources propres suffisantes pour parer eux-mêmes aux divers risques susceptibles de les frapper (2). » En effet, « les couches de la population qui occupent déjà une situation économique éminente et qui tendent à s'élever, voient, en général, dans une assurance obligatoire naturellement uniforme, un obstacle regrettable à leur propre développement. Car, au lieu d'employer avec joie leurs forces au mouvement, avec la perspective de la possibilité de leur ascension, elles doivent nécessairement se transformer en chrysalide, à l'intérieur de la conception paralysante d'une assurance de pension, qui est partout le premier objectif de la contrainte. Mais, lors même que l'obligation n'aurait encore pas étouffé la libre volonté, l'importance des cotisations nécessaires pour l'obtention d'une pension suffisante empêcherait qu'indépendamment des cotisations obligatoires, des capitaux fussent réunis pour un emploi ultérieur. Ce serait supprimer, pour l'élite des classes non indépendantes, la possibilité d'acquérir l'indépendance avec le temps, et d'apporter de nouvelles forces au groupe, indispensable pour chaque État bien organisé, des chefs d'entreprise » (3).

Il y a donc lieu, si l'on adopte cette thèse, de délimiter le domaine de l'obligation. La ligne de démarcation est assurément difficile à tracer, mais il n'est pas impossible, selon

(1) *Rapport* de M. ROBÉLIN.

(2) PIC, *Les assurances sociales en Europe. Revue pratique* 1912, p. 167.

(3) *Rapport* de M. BIELEFELDT à la Conférence de Dresde. « Il est intéressant d'ajouter que ces paroles ont reçu une adhésion unanime dans cette conférence où prédominait l'élément germanique. » (BELLOM, *Revue pol. et parl.*, 10 décembre 1911, p. 463).

M. Bielefeldt, de fixer les limites assignées par les besoins des assujettis. « Il convient, disait-il, de rechercher, d'après le degré de civilisation d'un peuple, les catégories d'individus que leurs capacités intellectuelles et leur situation économique empêchent de subvenir eux-mêmes à leurs besoins, et il faut déterminer les risques que l'assurance obligatoire doit couvrir à leur profit. »

Si nous abandonnons les discussions théoriques, pour examiner quelle solution a été donnée dans la pratique, nous constatons, qu'à part la Suède (1) et le canton suisse de Glaris (2), qui ont organisé une assurance obligatoire générale contre l'invalidité, les différentes législations ont toutes établi une limite maxima aux revenus ou aux salaires, au-dessus de laquelle l'obligation n'était pas imposée.

On rencontre une telle disposition notamment en Angleterre (3), en Allemagne (4), en Alsace-Lorraine (5) et dans la presque totalité des autres pays (6).

(1) La loi du 30 juin 1913, qui vise à la fois la vieillesse et l'invalidité prévoit le versement d'une prime initiale égale pour tous et d'une prime additionnelle fixée d'après le revenu de l'assuré. La pension est proportionnelle aux primes versées, sauf en ce qui concerne l'assurance invalidité des personnes, dont le revenu est inférieur à un certain taux, et qui reçoivent une allocation exclusivement à la charge des deniers publics. En 1917, sur 3.547.000 personnes en âge de payer les primes, 3.310.000, soit 93,3 % étaient comprises dans l'obligation, les autres étant des ecclésiastiques... ou bien des fonctionnaires jouissant d'un autre système de retraites.

(2) La loi du 7 mai 1916 soumet à l'obligation tous les individus âgés de 17 à 50 ans.

(3) La loi du 16 décembre 1911 fixait un maximum de 150 livres de revenus, quelles que soient leurs sources. Ce taux a été relevé par la loi du 20 mai 1920.

(4) L'obligation a été étendue aux salaires inférieurs à 5.000 marks, par l'ordonnance du Conseil des mandataires du peuple du 22 novembre 1918. En 1906, sur 1.000 personnes, il y avait 203 assurés contre la maladie et 231 contre l'invalidité, et sur 1.000 ouvriers, la proportion était respectivement de 807 et 919.

(5) Pour les salaires inférieurs à 5.000 francs, depuis l'arrêté du Commissaire général de la République du 20 juin 1919.

(6) Italie (350 liras). Norvège (revenu global inférieur à 6.000 couronnes. Loi du 10 décembre 1920). Pologne (revenu total inférieur à 30.000 marks). Portugal (invalidité 900 reis).

Il nous faut citer ici un système particulièrement curieux : c'est celui adopté par le Portugal qui, par un décret du 10 mai 1919, a institué, dans chaque commune, une caisse de secours mutuels en cas de maladie, qui groupe obligatoirement toutes les personnes de 15 à 75 ans. Ces adhérents se divisent en deux catégories : les membres effectifs, qui comprennent les individus dont le revenu est inférieur à 5.000 francs, et les sociétaires de droit (ceux dont le revenu est supérieur à ce chiffre), qui ne reçoivent aucun secours, mais qui versent néanmoins une cotisation variable suivant leur fortune.

Indépendamment de ces deux problèmes, qui tiennent directement à l'organisation d'une assurance obligatoire, le régime de contrainte soulève encore une autre difficulté, que nous avons déjà effleurée au cours de cet ouvrage. Nous voulons parler de la question de savoir si les primes des assurés aisés ne doivent pas être proportionnellement plus élevées que celles exigées des ouvriers modestes. Le législateur pourra : ou bien organiser une assurance individuelle, dans laquelle chaque intéressé fera l'effort personnel nécessaire pour couvrir éventuellement le risque de maladie qui lui est propre, ou bien il donnera à cette institution un caractère social particulier, en obligeant les assurés, qui bénéficient de traitements élevés, à venir en aide à leurs camarades moins fortunés.

Si c'est cette dernière solution qui est adoptée, elle se traduira, dans la pratique, par une proportion différente entre les primes et les prestations, suivant la catégorie des assurés, les avantages étant proportionnellement moins importants pour les travailleurs à salaires élevés.

Il y a lieu de remarquer ici que, certaines dépenses étant constantes pour toutes les classes d'adhérents (frais médicaux et pharmaceutiques), une cotisation, qui varierait exactement dans la même mesure que l'indemnité pécuniaire, favoriserait déjà les travailleurs touchant des appointements inférieurs. En effet, les versements des individus subiront

une progression unique, alors qu'une partie seulement des avantages, les prestations en argent, ira en croissant; il restera donc un certain reliquat, qui profitera aux petits assurés.

Nous n'avons pas l'intention de consacrer des développements étendus à cette question, car les discussions élevées à son sujet touchent à des problèmes d'ordre général, bien plus qu'à ceux posés par l'assurance proprement dite. Nous nous contenterons d'exposer brièvement quelques arguments invoqués en faveur de chacun des deux systèmes, la plupart ayant d'ailleurs été indiqués précédemment, à propos des variations des subsides de l'État et du patron en raison du salaire des assurés.

Les partisans du système invoquent, à l'appui de leur thèse, la nécessité de favoriser les petits, de les aider à faire l'effort de prévoyance indispensable à la garantie des risques qui les menacent. Une égalité réelle, disent-ils, doit régner entre tous les assujettis, et, pour que celle-ci soit effectivement réalisée, il est nécessaire qu'elle soit basée sur l'identité de l'effort à accomplir. Si les cotisations sont exactement proportionnelles aux appointements, le sacrifice consenti par les assurés aisés sera beaucoup moins pénible que celui des ouvriers à faible rémunération et il est donc équitable que les plus riches participent à l'assurance de leurs camarades moins fortunés.

A ces avantages, les adversaires du procédé opposent le principe du rapport unique des primes aux salaires, qui réalise une égalité plus apparente et plus aisément ressentie par les individus. Ils ajoutent que le système proposé est particulièrement injuste, quand l'obligation n'est pas généralisée, quand tous les citoyens ne sont pas soumis à l'assurance. Pourquoi faire participer certains travailleurs aux dépenses occasionnées par la survenance du risque chez les ouvriers modestes, alors que les personnes, dont les salaires sont supérieurs au chiffre fixé comme limite maxima de

l'assujettissement à l'assurance, ne prennent pas leur part des frais? On fait ainsi supporter par une catégorie de salariés, arbitrairement définie par le législateur, des charges qui, normalement, devraient incomber soit à l'État, soit au patron, puisque l'un et l'autre tirent profit de la productivité de l'ouvrier.

Nous n'insisterons pas davantage sur la discussion théorique, nous bornant seulement à indiquer que, dans la pratique, les indemnités pécuniaires sont généralement calculées d'après les cotisations versées, ou bien d'après un salaire moyen, les primes étant alors fixées de la même manière. Nous avons vu que, souvent, le rapport était invariable, quelle que soit la classe de traitement dans laquelle se trouvait l'assujetti. Dans ce cas, les travailleurs à salaire élevé paient une somme supérieure au risque éventuel qu'ils font courir au groupement, en tant qu'une partie seulement des prestations est susceptible de suivre la même variation (allocation en argent). Dans les autres pays, où nous avons signalé une différence dans la proportion établie entre les appointements et les primes, les cotisations des petits salariés sont majorées par les versements patronaux, de sorte que, si les ouvriers à faible salaire paient proportionnellement moins que les travailleurs mieux rémunérés, la compensation est effectuée par le patron ou l'État et non par les assurés les plus fortunés (1).

Avec l'exposé des principales difficultés particulières à chacun des deux régimes, nous avons terminé l'étude du problème de l'obligation ou de la liberté en matière d'assurance.

(1) C'est ainsi que la loi anglaise de 1911 accordait, aux assurés malades, une allocation uniforme de 10 schellings par semaine, qui était couverte par une prime unique de 7 pence, cette prime étant supportée en partie par l'employeur et l'ouvrier et aussi, pour certains petits salaires, par l'État. Le montant total de la prime était invariable, mais la part de l'employé était plus ou moins forte suivant sa classe de salaire, la contribution patronale variant en sens inverse.

§ III. — Composition et ressort des différents établissements.

Les questions qui se présentent maintenant se posent d'une façon tout à fait générale, quel que soit le mode employé. Il s'agit de rechercher si les groupements seront territoriaux ou professionnels, et d'examiner, ensuite, quelle devra être l'étendue du ressort des diverses caisses.

GROUPEMENTS PROFESSIONNELS OU TERRITORIAUX

Les développements que nous avons consacrés, dans le chapitre I^{er}, aux tables de morbidité, nous ont permis de signaler l'intérêt qu'il y avait, au point de vue technique de l'assurance, à former des groupements corporatifs. Les risques sont semblables dans une profession déterminée, et les prévisions actuarielles sont susceptibles de jouer avec une régularité plus grande. Ce système a, de plus, l'avantage de développer la solidarité des diverses branches de l'industrie et de constituer, entre les chefs des entreprises analogues, une union solide et active.

Il permet de confier facilement la gestion de l'assurance aux intéressés eux-mêmes. « C'est l'organisation qui exerce l'influence morale la plus salutaire, et conduit au fonctionnement le plus pratique (1). »

Les adversaires de ce procédé lui reprochent, en revanche, de parquer les citoyens en classes distinctes, de créer des castes. De plus, « si l'industrie dégénère ou disparaît (par suite de la modification du tarif douanier par exemple), que deviendront les associations? Pourront-elles satisfaire à leurs engagements, vis-à-vis notamment de ceux qui, rendus impropres à tout travail, ont droit à une rente perpétuelle? La réponse est douteuse » (2).

(1) BELLOM, *Les lois d'assurance ouvrière à l'étranger*, t. 1, p. 3.

(2) BOVET, *op. cit.*, p. 187 et suivantes.

Elles ne peuvent d'ailleurs embrasser tous les ressortissants. Les corporations de métiers varient énormément, au point de vue de leurs membres, et il est impossible de créer une caisse par genre de profession. Il est donc nécessaire d'avoir, à côté, des caisses basées sur la division territoriale.

En faveur de celles-ci, on invoque un argument basé sur leur simplicité, au point de vue de l'organisation; leur domaine est très facilement circonscrit.

D'autre part, un avantage d'ordre technique est fourni par le « mélange de dangers inégaux, qui provoque une heureuse répartition des risques ».

De plus, dit-on encore, le contrôle est plus rigide et plus sérieux, la surveillance des autres assurés plus efficace, car « on connaît mieux son voisin que son camarade d'atelier ».

Le système territorial fournit, en outre, moins d'aléas au point de vue du nombre des assurés : une région ne se dépeuple pas entièrement.

Quant aux inconvénients reprochés à ce procédé, ils sont à peu près exactement l'inverse des avantages du groupement professionnel et il est par conséquent inutile de les indiquer ici.

Dans la pratique, les deux modes de groupement sont fréquemment employés. En Angleterre, certaines parmi les plus importantes des sociétés autorisées (en dehors des caisses syndicales), sont composées de travailleurs faisant partie d'un même métier. En Allemagne, le code impérial prévoit, à côté des caisses locales, des caisses d'entreprises. En Roumanie, l'assurance repose, tout entière, sur l'organisation des corps de métier et des corporations, et, en France, un grand nombre de sociétés de secours mutuels se recrutent uniquement parmi les membres d'une profession déterminée. De plus, des caisses spéciales sont instituées pour les mineurs et il en est d'autres de même dans un certain nombre d'autres pays, comme l'Allemagne et la Belgique.

ÉTENDUE DU RESSORT DES CAISSES

Si nous considérons maintenant le problème relatif à l'étendue du rayon d'action des différentes institutions, nous sommes frappés par la valeur incontestable des arguments développés en faveur des solutions les plus opposées.

A première vue, après ce que nous savons des nécessités techniques, il semble que le ressort des différents groupements doive être assez vaste pour comprendre un nombre important d'adhérents. Plus l'établissement comptera d'assurés, plus les risques seront normalement répartis, plus les calculs de la probabilité de survenance des risques seront rigoureux.

D'autre part, la fréquence et la gravité des affections sont très variables suivant les régions; sans même envisager le climat, elles diffèrent sensiblement dans une région agricole et dans une ville industrielle, par exemple. Ces inégalités se compenseront, si la société étend son action dans une zone très vaste. L'idéal, à ce point de vue, serait donc l'institution la plus large possible, l'organisation unique.

Mais, à l'inverse, si on étudie la question sous un autre jour, on est amené, tout aussi logiquement, à reconnaître les avantages des établissements très restreints.

En effet, les risques de maladie et d'invalidité prêtent énormément à la fraude. « Une vigilance de tous les instants est nécessaire, si l'on veut échapper à des abus malheureusement fréquents et parfois redoutables pour l'avenir de l'œuvre (1). » Cette surveillance continuelle, nous l'avons vu, ne peut être exercée efficacement que par les co-assurés, qui ont un intérêt personnel à éviter les allocations injustifiées. Le contrôle réciproque des adhérents ne pourra donner de bons résultats que si les membres se connaissent tous entre eux et que si les organismes sont locaux.

(1) DESLAIS au Congrès de Montpellier, *Compte rendu*, t. 1, p. 15.

De plus, il faut tenir compte d'une tendance très répandue : on n'envisage vraiment les répercussions des fraudes que si l'on est très près de l'institution, que si on l'administre soi-même, que si l'on constate personnellement, par un examen des dépenses, l'économie qui aurait pu être réalisée, en cas de surveillance plus sévère. Si l'établissement a son siège dans un endroit assez éloigné, chaque groupe local d'adhérents formera une section, qui risquera de s'entendre, non pour défendre les intérêts de la caisse, mais pour la frauder en commun. Les conséquences des abus paraissant retomber sur les assurés des autres localités, beaucoup plus que sur eux-mêmes, les affiliés n'auront aucun scrupule à tromper la société (1).

Les deux solutions présentent donc des avantages indéniables et il est difficile de se prononcer sur le choix à établir entre ces systèmes diamétralement opposés.

C'est de la difficulté de ce choix que provient généralement la distinction établie entre la maladie et l'invalidité, au point de vue des institutions d'assurance.

En effet, les cas, dans lesquels l'assurance maladie doit entrer en jeu sont considérables par leur nombre, peu importants, au contraire, par leur gravité individuelle et leurs résultats financiers, mais ils réclament un prompt secours et une surveillance active, si on veut éviter, d'une part, l'aggra-

(1) « L'expérience a montré que le contrôle ne peut efficacement s'exercer si l'assuré malade habite une localité éloignée du siège de la société. » DESLAIS, *op. cit.* L'organisation de nos sociétés de secours mutuels fournit une preuve intéressante de la crainte des abus. La grande majorité des sociétés sont locales, celles qui rayonnent sur toute la France, ou bien sont des associations composées de fonctionnaires, dont la maladie est constatée par la délivrance d'un congé administratif, ou bien se recrutent uniquement parmi des personnes d'un niveau particulièrement élevé qui, non seulement n'abusent pas des secours, mais qui ne les réclament même pas toujours quand elles pourraient en bénéficier (ces dernières n'organisent aucun contrôle, elles se fient à la parole de leurs membres et se contentent de la production d'un certificat médical) (ce sont, par exemple, les sociétés de médecins, l'Association mutuelle des Huissiers, etc.).

vation du mal et, d'autre part, la pratique des abus (1). « Des organes essentiellement locaux sont seuls en mesure de remplir ces conditions, et ils se prêtent d'autant mieux au fonctionnement de l'assurance maladie, que la valeur des risques correspondants est assez faible pour être supportée par un groupe restreint d'assurés. »

Au contraire, les établissements d'invalidité doivent, pour offrir les garanties nécessaires, comporter un ressort étendu et constituer de solides réserves, que ne sauraient motiver les secours temporaires exigibles en cas de maladie.

En outre, l'assurance invalidité, « en raison de la nature même des affections auxquelles elle s'applique (tuberculose, maladies nerveuses, etc...), appelle l'organisation de grands établissements de traitement, de cliniques chirurgicales, de maisons de convalescence, que des institutions puissantes et étendues sont mieux en état d'entreprendre » (2).

En somme, le risque invalidité se réalise moins fréquemment que le risque de maladie, mais, quand il intervient, il coûte infiniment plus cher. Il est nécessaire, par conséquent, que les frais causés par l'indemnisation du risque, lorsque celui-ci se produit, se répartissent entre un grand nombre d'assurés.

En résumé, l'assurance maladie peut être organisée par un groupe assez restreint d'individus. Elle doit même être aussi locale que possible pour faciliter le contrôle. L'invalidité, pour des raisons techniques, doit être réalisée par des associations très étendues et, de plus, l'on peut dire que, si la fraude est encore à craindre, elle l'est cependant moins que pour les petites affections, de courte durée, qui sont particulièrement faciles à simuler.

C'est en raison de cette différence de caractère que la presque totalité des législations ont cru devoir instituer

(1) BELLOM, *Les lois d'assurance ouvrière*, t. 1, p. 3.

(2) Projet de loi D. VINCENT. Exposé des motifs.

deux assurances distinctes. L'Angleterre paraît être seule à ne pas adopter cette dualité. Au moment du vote de la loi de 1911, il existait, il est vrai, dans ce pays, une certaine quantité de sociétés de secours mutuels très importantes, qui comptaient un nombre assez considérable de membres (1) et le problème de l'assurance maladie n'apparaissait pas, par suite, avec un véritable caractère local. La loi s'est contentée d'exiger (art. 39) la fédération des sociétés de moins de 5.000 membres.

Dans les pays, comme la France et la Belgique, où les deux sortes d'assurance sont organisées par les sociétés de secours mutuels, ce sont des groupements de sociétés, les caisses de réassurance qui se chargent des longues maladies et de l'invalidité.

§ IV. — Orientation générale de l'assurance.

Avant de terminer ce chapitre, nous consacrerons quelques développements à un problème que nous avons plusieurs fois signalé, à l'orientation qu'il convient de donner à l'assurance.

Nous avons vu que l'on pouvait donner à l'assurance des missions diverses : ou bien, la charger de compenser uniquement la perte du salaire, par l'allocation d'une somme d'argent, et d'éviter ainsi les ravages de la misère dans le foyer du malade, ou bien lui assigner un rôle curatif et même préventif.

Nous avons signalé, dans le chapitre relatif à l'indemnisation du risque, les avantages respectifs des deux systèmes et nous avons montré l'influence bienfaisante, qu'était sus-

(1) En 1910, il y avait 28.346 sociétés, qui comptaient plus de 6 millions de membres, avec un capital de 1 milliard 160 millions; la cotisation annuelle moyenne était de 25 francs. — Depuis longtemps, certaines étaient très puissantes; c'est ainsi qu'en 1889, la société : « Ancient Order of Foresters » comptait 676.000 membres, et que la « Manchester Unity » comprenait 652.000 adhérents (MANIER, *op. cit.*, p. 37).

ceptible d'exercer à cet égard le procédé des allocations en nature.

Nous n'y reviendrons pas ici, nous contentant de rappeler que ce mode d'indemnisation pouvait entraîner les conséquences les plus heureuses, au point de vue de l'amélioration de l'état sanitaire général.

Si on veut orienter l'assurance dans cette direction, où elle est appelée à rendre d'immenses services, il ne suffit pas de décider que les organismes accorderont aux malades les soins nécessaires. Sans doute, cette mesure aura toujours des résultats appréciables, mais ceux-ci ne seront véritablement satisfaisants que si, par une impulsion énergique et bien dirigée, l'institution tout entière tend vers le développement de l'hygiène et de la prophylaxie.

Les prestations en nature ne sont qu'une partie d'un vaste programme, qui peut comprendre les mesures les plus différentes.

C'est ainsi qu'il paraît nécessaire, pour obtenir les meilleurs résultats des efforts particuliers de chaque association, d'établir une liaison étroite entre les divers groupements, de façon à ce que tous poursuivent ensemble le même but. Il faudra également relier les deux assurances : maladie et invalidité, de manière à éviter une solution de continuité entre les deux sortes d'allocations.

Certains ont même pensé, à ce sujet, qu'il convenait de prévoir une certaine ingérence des établissements d'invalidité dans les caisses maladie. Ces dernières, en effet, ne gardent un assuré atteint d'une affection quelconque que pendant quelques mois. Par suite, quand elles sont en présence d'une maladie destinée à se prolonger inévitablement, au delà de la limite fixée à leur action, elles ne sont pas directement intéressées à ce que les individus soient bien soignés. Il paraît utile de permettre à l'organisme d'invalidité d'intervenir alors, pour faire suivre aux assurés, pendant les premiers mois de maladie, le traitement convenable et les empê-

cher ainsi de tomber à leur charge. Par ce moyen, les caisses d'invalidité sauvegarderont leurs finances et, en même temps, guériront parfois un individu qui, sans cela, serait peut-être devenu incurable.

Certaines lois étrangères ont consacré ce principe. Il en est ainsi de la loi allemande, qui autorise les établissements d'invalidité à instituer un traitement curatif, destiné à prévenir cette invalidité, et qui prévoit, en outre (§§. 1518 et suiv.), que les caisses maladie seront tenues de les dédommager des frais ainsi engagés, jusqu'à concurrence du montant des prestations que le malade était en droit de leur réclamer. On retrouve la même disposition dans les articles 39 et 40 de la loi luxembourgeoise de 1911, dans la loi roumaine, etc...

D'autre part, les établissements d'assurance peuvent exercer une influence bienfaisante, par un emploi judicieux de leurs énormes réserves. Les organismes possèdent des capitaux importants, avec lesquels ils peuvent, non seulement subventionner largement des œuvres sociales intéressantes, mais encore, créer eux-mêmes des institutions philanthropiques. Ce placement de leurs fonds pourra être ainsi particulièrement productif. Les maladies provenant, en grande partie, des mauvaises conditions de la vie, c'est en améliorant celles-ci qu'on les prévient le plus efficacement. Quel meilleur moyen de lutter contre la tuberculose que de créer, non seulement des sanatoria et des dispensaires, mais encore de construire des habitations ouvrières hygiéniques, le taudis étant une des causes certaines de ce fléau?

Par ces placements, les lois d'assurance étendront leur action, non plus uniquement sur les assujettis, mais encore sur l'ensemble de la population, à qui profitera en définitive toutes les œuvres sociales, toutes les organisations créées par les différents groupements. La plupart des législations d'assurance se sont engagées dans cette voie. Les caisses polonaises et norvégiennes peuvent employer leurs fonds de

réserve à la création d'hôpitaux, de sanatoria, de dispensaires, etc... Le quart des fonds, appartenant aux institutions suédoises, doit être placé en prêts à des entreprises destinées à améliorer la santé publique. Les groupements anglais et allemands consacrent également des sommes importantes à des constructions hospitalières, à des prêts, pour l'élévation de maisons ouvrières ou d'établissements thérapeutiques (1). De plus, les groupements d'assurance, en raison de la surveillance constante qu'ils exercent sur leurs assurés, auront toutes les facilités pour dépister les foyers particulièrement menaçants. Ils connaîtront les logements insalubres, les habitations d'où l'hygiène est exclue. S'ils sont activement secondés par les pouvoirs publics, ils pourront les faire disparaître, et, par là, lutter efficacement contre un grand nombre de maladies.

La loi anglaise (art. 63) contient des dispositions intéressantes à ce point de vue. Si on constate un nombre excessif de cas de maladies, dû, soit aux conditions et à la nature du travail, soit à la mauvaise habitation, l'insalubrité d'une localité, une eau défectueuse ou à la négligence dans l'observation des règlements d'hygiène, les organismes d'assurance peuvent adresser, à l'autorité ou à la personne réputée en défaut, une demande en paiement des dépenses extraordinaires, qu'ils ont assumées de ce fait, et, faute d'accord, une enquête est prescrite. Dans le cas où celle-ci détermine que le nombre des maladies est supérieur à 10 % des probabilités moyennes, et qu'il est dû à une des causes que nous venons d'indiquer, les différentes hypothèses suivantes seront envisagées : s'il y a négligence de l'employeur, les dépenses seront payées par lui, si les maladies proviennent des mauvaises habitations, de l'insalubrité d'une localité ou de la négligence des autorités locales à appliquer les règlements

(1) Des dispositions analogues se trouvent dans la loi italienne de 1919.

d'hygiène, le remboursement des frais devra être effectué par l'autorité, le propriétaire ou le locataire responsable. Si c'est une eau défectueuse qui a produit les affections, l'autorité locale ou la personne qui fournit l'eau supporteront les dépenses.

De telles prescriptions sont susceptibles d'entraîner des conséquences remarquables et nous avons vu que la tuberculose, notamment, avait sensiblement reculé en Angleterre. L'assurance prend une large part de ce succès, mais elle n'a pu arriver à ce résultat qu'en raison de l'admirable organisation anglaise de l'hygiène, et aussi de la collaboration précieuse des groupements et des autorités administratives.

En résumé, l'institution qui nous occupe est susceptible de jouer un rôle considérable dans l'amélioration de la santé publique. Mais, pour que les résultats obtenus dans cette voie soient vraiment appréciables, il faut que la législation s'inspire, d'un bout à l'autre, de cette orientation, il faut que toutes les dispositions soient dominées par l'idée de la mission sociale que l'on confie à l'assurance. Il est nécessaire que toutes les mesures convergent vers le même but, que tous les efforts soient coordonnés dans le même sens, et qu'une collaboration active soit établie entre les groupements et les pouvoirs publics.

Cette question de l'orientation de l'assurance constitue le dernier problème que nous avons projeté d'examiner dans ce chapitre. Nous y avons passé en revue toutes les difficultés de l'organisation générale et les principaux systèmes qu'il était possible d'adopter. Nous nous sommes efforcés de montrer, avec impartialité, les avantages et les inconvénients respectifs de chacun d'eux, des institutions d'État comme des institutions autonomes, de l'assurance obligatoire comme de l'assurance facultative, des organismes locaux comme des organismes centralisés. Ces trois grandes questions, entièrement distinctes l'une de l'autre, complétées par l'étude des différentes ressources des caisses, constituent l'armature du problème de l'organisation générale de l'assurance.

Maintenant que nous avons examiné les principes fondamentaux et les avantages respectifs des diverses solutions, il nous faut entrer dans les détails de l'organisation pratique, dans les difficultés même de l'application.

Nous avons vu sur quelle base pouvaient être établies les différentes institutions, nous devons chercher maintenant comment elles fonctionneront.

CHAPITRE TROISIÈME

FONCTIONNEMENT PRATIQUE DES INSTITUTIONS D'ASSURANCE

Modes de recouvrement des contributions. — Modes d'attribution des secours. — Le contrôle dans les établissements d'assurance. — Organisation du contentieux.

Le fonctionnement pratique des diverses institutions soulève, en réalité, la presque totalité des problèmes posés par l'assurance, chacune des solutions, que nous avons examinées jusqu'ici, trouvant son application dans la marche journalière des établissements. Il en est ainsi, notamment, des difficultés envisagées à propos de l'organisation générale, telles que les questions relatives à l'administration des groupements et à l'admission des membres.

Ce chapitre ne saurait donc avoir pour objet l'étude de toutes les complications qui surgissent à propos du fonctionnement des organismes, mais seulement d'une partie d'entre elles. Il sera simplement destiné à l'examen de problèmes qui, ne se rattachant pas étroitement à des principes déjà exposés, relèvent directement de l'organisation pratique.

Nous passerons ainsi en revue les procédés de recouvrement des cotisations, puis les différents modes d'attribution

des secours et, enfin, nous consacrerons quelques développements au contrôle des malades et des sociétés, ainsi qu'au règlement des conflits éventuels.

§ I. — Modes de recouvrement des contributions.

Le recouvrement des contributions peut être effectué d'après plusieurs méthodes sensiblement différentes, suivant qu'il s'agit d'un régime de prévoyance libre ou d'assurance obligatoire.

Dans le premier cas, les établissements auront le choix entre deux moyens : ou bien ils chargeront des collecteurs de passer au domicile des assurés, pour y percevoir le montant des primes, ou bien, ils prescriront à leurs membres de venir verser eux-mêmes leurs cotisations au siège de la société. La préférence sera donnée à l'un ou à l'autre, suivant que l'on voudra simplifier l'administration ou éviter des déplacements aux affiliés; le problème ainsi posé ne présente qu'un intérêt général assez restreint.

Dans un système d'assurance obligatoire, au contraire, la question est plus complexe. Certes, les procédés que nous venons d'examiner peuvent également s'appliquer, mais leur emploi suppose alors que le principe de la contrainte est accepté par la généralité des travailleurs, et que ceux-ci ne font aucune difficulté pour effectuer le versement de leurs cotisations. Mais c'est là une hypothèse trop optimiste, surtout au début du fonctionnement de l'institution. A ce moment, on rencontrera fatalement, dans certains milieux, une opposition très vive, qui sera susceptible de se prolonger pendant un temps assez long, jusqu'au jour où, l'assurance étant véritablement entrée dans les mœurs, chacun aura pu en apprécier personnellement les avantages. Alors peut-être, la seule crainte de perdre le bénéfice des versements antérieurs, et d'être privé des prestations allouées par les caisses, pourra suffire à assurer le paiement régulier des cotisations.

Jusque-là, l'obligation, pour être effective, aura besoin d'être sanctionnée par des mesures plus efficaces.

Quels moyens de coercition seront susceptibles de produire les meilleurs résultats? La privation de certains droits civiques et politiques ne paraît pas devoir exercer une influence très grande sur les milieux ouvriers, et de plus, elle risquerait d'être tellement étendue, qu'elle pourrait avoir des conséquences désastreuses, au point de vue de la paix sociale.

Des poursuites judiciaires produiraient sans doute les mêmes résultats et donneraient une arme de plus aux ennemis de l'ordre établi, qui invoqueraient la tyrannie des classes dirigeantes, pour alimenter les haines et soulever les passions. Les saisies opérées sur les salaires des ouvriers récalcitrants entraîneraient des effets analogues et seraient assez difficiles à exécuter, dans le cas d'abstentions nombreuses.

L'inefficacité de la plupart des mesures ordinaires de coercition a conduit souvent à l'adoption d'un système particulier, qui consiste à charger les patrons de retenir, sur le salaire de leurs ouvriers, le montant des cotisations dues par ces derniers. C'est ce que l'on appelle le précompte.

Ce procédé, disent ses partisans, ne présente pas les mêmes inconvénients que les moyens de contrainte précédents. Il s'en distingue très nettement par son caractère et son étendue : ici, il ne s'agit plus de punir certains ouvriers de leur opposition, ce n'est pas une peine, une sanction que l'on envisage, c'est simplement un mode particulier de recouvrement, qui s'applique à tous les assujettis. C'est non seulement la meilleure méthode pour rendre la contrainte effective, mais c'est encore, dit-on, la seule. « Sans elle, l'obligation est inopérante (1). »

Avec le précompte, les primes seront acquittées régulièrement aux échéances, sans que des retards se produisent,

(1) *Rapport* ROBELIN déjà cité.

sans que les caisses aient besoin d'intervenir. Le recouvrement des cotisations se fera normalement, et si leur taux varie en raison des appointements, leur calcul s'effectuera très aisément, puisque c'est la même personne qui paiera les salaires et retiendra les primes. Le fonctionnement des sociétés sera facilité, le contrôle des assujettis simplifié et les prévisions budgétaires ne risqueront plus d'être faussées par l'irrégularité des recettes.

En dépit de ces avantages, la méthode envisagée est loin de faire l'objet de l'approbation unanime. On lui adresse, au contraire, un certain nombre de critiques : on lui reproche, d'abord (1), d'enlever à l'institution « toute valeur éducative », au point de vue des assurés, et « d'être en contradiction formelle avec le principe de l'assurance ». Ce système, dit-on, « fait porter tout le poids de la coercition sur l'employeur. Bien loin de développer, chez l'ouvrier, le sens de la dignité et de la responsabilité, en même temps que la notion de la valeur de l'effort individuel, le régime du précompte l'habituera à admettre, de plus en plus, dans son existence, l'intervention anonyme de la collectivité et à compter de plus en plus sur son aide ».

Il ne peut, d'autre part, qu'augmenter la tension existant entre les travailleurs et les chefs d'entreprises, car « il n'est pas douteux que son application comportera des résistances, de la part d'une notable partie des salariés » (2). Ceux-ci tenteront de faire supporter par le patron tout le poids de l'assurance et s'efforceront, au besoin par des grèves, d'obtenir le relèvement de leurs salaires. Toutes les charges retomberont finalement sur le patronat et on aura ainsi institué, « sur la production nationale, un véritable impôt avec affectation spéciale » (3).

(1) Rapport présenté par l'Union des Industries métallurgiques et minières. Voir MONTCHRESTIEN, *Le problème des assurances sociales en France*, p. 179.

(2) Rapport précité.

(3) Rapport précité. MONTCHRESTIEN, *op. cit.*, p. 167.

Le précompte, dit-on encore, constitue une atteinte plus grave que l'obligation elle-même, à la dignité du travailleur. Non seulement on le juge incapable de reconnaître les avantages de la prévoyance, mais encore, on estime que, si une tierce personne ne faisait pas en son nom les paiements obligatoires, il ne se soumettrait pas lui-même à cette contrainte.

De plus, il fait des patrons « de véritables collecteurs d'impôts », les astreignant à établir, dans leurs entreprises, une comptabilité spéciale, quelquefois compliquée, dans le cas, par exemple, où les cotisations ouvrières, comme les contributions patronales, subissent certaines variations. Enfin, le régime présentera des difficultés d'organisation, en raison de ce fait que certains ouvriers changent fréquemment d'ateliers, ou travaillent en même temps pour plusieurs patrons. Comment déterminer alors le rôle de chacun des employeurs? Quelle que soit la nature de la solution donnée à ce dernier problème, elle ne peut qu'entraîner des complications dans la gestion des entreprises et accroître les frais généraux.

Malgré toutes ces difficultés, beaucoup de personnes (1) restent partisans du précompte, qu'elles estiment absolument nécessaire, et, dans la pratique, ce mode de recouvrement est adopté dans la presque totalité des législations obligatoires (2).

Une question moins générale se pose à propos de ce système, c'est celle de savoir sous quelle forme les sommes ainsi retenues seront portées au compte de l'établissement d'assurance.

On peut concevoir un procédé relativement simple, dans lequel chaque patron aura un compte avec le groupement

(1) M. ROBELIN a pu notamment dire que « sur la question du précompte aucune dissonance grave n'était apparue » au Conseil supérieur des sociétés de secours mutuels.

(2) Allemagne, Angleterre, Autriche, Italie, Norvège, Luxembourg, Pays-Bas, Roumanie, Pologne.

auquel sont affiliés ses ouvriers. Ce compte sera réglé périodiquement, par le paiement à la société d'une somme globale, qui pourra s'effectuer au besoin par l'entremise d'une banque, évitant ainsi tout maniement de fonds.

Cette manière de faire, pour pratique qu'elle paraisse, présente cependant de graves inconvénients.

L'ouvrier, n'assistant pas personnellement au règlement des comptes, sera tenté d'accuser son patron de ne pas verser à la caisse le montant intégral des retenues.

En outre, n'ayant à remplir aucune formalité, il pourra s'habituer à la diminution de ses appointements, qui finira par perdre le caractère d'un effort personnel.

Aussi, a-t-on fréquemment utilisé un système de cartes, personnelles au travailleur, sur lesquelles l'employeur colle des timbres d'une valeur déterminée, ces timbres représentant le montant de la cotisation de l'ouvrier et aussi, s'il y a lieu, de la contribution patronale (1).

Cette méthode présente pour la caisse un avantage très appréciable, car elle simplifie énormément sa comptabilité. Il est commode, pour l'établissement, de recevoir globalement une somme importante, en échange d'une quantité de timbres. De plus, le compte des assurés est facilement établi, par la remise périodique des cartes au groupement qui, en échange, en distribue de nouvelles.

L'ouvrier peut alors mesurer exactement l'étendue de son sacrifice et aussi la valeur de l'aide qui lui est fournie par son patron.

On reproche, cependant, à ce procédé, un inconvénient d'ordre moral. Il « expose, à la tentation de détournements, les millions de personnes, obligées, dans des millions de circonstances, à procéder à l'apposition des timbres » (2). Le

(1) La loi néerlandaise laisse le choix entre le paiement sous forme de timbres ou en espèces.

(2) D^r BÖDIKER. Voir BELLOM, *Revue politique et parl.*, novembre 1905, p. 315.

docteur Bödiker signalait au Congrès de Vienne « que 15.000 marks au moins avaient été soustraits ainsi, dans une entreprise de l'Ouest de l'Allemagne » et il ajoutait : « Il faut, d'autre part, tenir compte des détournements innombrables de petites sommes et de ceux de timbres déjà collés sur les cartes, malgré la meilleure qualité de la gomme (1). »

Quoi qu'il en soit, on le trouve couramment employé dans la pratique (2). Un autre mode de recouvrement des cotisations est susceptible d'être adopté, principalement dans les pays où l'assurance est généralisée. Il consiste à faire percevoir les primes, de la même manière que les impôts. C'est le système adopté par la Suède (3), le Luxembourg.

Nous avons ainsi passé en revue les méthodes principales d'encaissement des diverses primes; nous laisserons donc de côté ce problème, pour aborder maintenant celui posé par les modes d'attribution des secours : médicaux, pharmaceutiques, hospitaliers et pécuniaires.

§ II. — Modes d'attribution des divers secours.

ORGANISATION DU SERVICE MÉDICAL.

Ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de le signaler, de graves difficultés surgissent quand il s'agit d'organiser le service médical. Les caisses se trouvent alors en face d'un certain nombre de problèmes, très délicats à résoudre, en raison de leur complexité particulière et de leurs conséquences possibles. Les solutions qui en seront données pourront entraver la marche régulière de l'institution, comme assurer son succès.

Les médecins constituent, en effet, un des rouages essen-

(1) L'Angleterre évite, en partie, ces inconvénients, en exigeant l'oblitération des timbres par les patrons.

(2) Allemagne, Angleterre, Italie, Roumanie, etc.

(3) Les articles 13 et 14 de la loi du 30 juin 1913 disposent que les primes ordinaires seront perçues par l'administration chargée de la perception des impôts communaux, et que la commune devra verser le montant de toutes les primes, même si elles n'ont pas été payées. Les primes additionnelles sont perçues comme les impôts d'État.

tiels de l'assurance. Ce n'est qu'avec leur concours éclairé, que les groupements pourront jouer un rôle prépondérant dans le domaine de la santé publique; ce n'est que par une collaboration étroite entre le corps médical et les caisses, que celles-ci seront capables de rendre des services importants.

Si les assurés ne reçoivent pas les soins que nécessite leur état, s'ils ne sont pas sûrs de trouver, dans le médecin de la caisse, tout le dévouement et l'intérêt bienveillant que l'on réclame d'ordinaire d'un docteur, non seulement leur guérison sera douteuse et le bénéfice de l'assurance sensiblement restreint, mais l'opinion se répandra vite que les établissements soignent mal et un coup mortel sera porté à la cause de l'assurance.

Si, d'autre part, les médecins ne sont pas, pour les caisses, des auxiliaires précieux, s'employant de toutes leurs forces à sauvegarder l'intérêt du groupement et à réprimer les abus, ce sera également la faillite du système, par l'écrasement financier des sociétés et la disparition du sentiment de la justice chez les assujettis.

On peut donc dire que l'organisation médicale est essentielle dans un régime d'assurance et qu'il est nécessaire d'étudier, avec la plus grande attention, les conséquences possibles des divers procédés.

Cet examen présente une complication assez grande, résultant de l'opposition qui se manifeste fréquemment entre les intérêts en présence : celui de l'assuré, qui demande à recevoir les traitements les plus efficaces, celui de la caisse, qui tend à réduire le plus possible les frais et, par conséquent, à n'allouer aux médecins que des appointements modestes, celui des docteurs enfin qui réclament des honoraires, sinon très élevés, du moins capables de leur assurer un gain suffisant.

Ces intérêts légitimes se heurtent souvent avec beaucoup de vigueur, nous n'en voulons pour preuve que les polémiques, parfois très violentes, soulevées à cette occasion, notamment dans la presse médicale.

Nous nous efforcerons ici d'examiner la question à un point de vue objectif, nous dégagant des passions qu'elle soulève, pour ne voir que les avantages et les inconvénients respectifs des divers modes d'organisation (1).

Dès que l'on aborde cette étude, on se trouve en présence d'un vaste problème qui, en raison de son importance et de sa généralité, domine toute la matière. C'est celui de savoir si la caisse s'attachera spécialement un médecin, ou bien, si elle laissera aux assurés le libre choix du docteur.

En faveur du premier système, on invoque un certain nombre d'arguments. On insiste d'abord sur ses avantages, au point de vue des caisses, qui n'ont affaire qu'à un nombre restreint de docteurs, avec qui elles sont en rapport journalier. Outre qu'il est plus facile d'établir une entente avec quelques personnes qu'avec le corps médical en entier, il est beaucoup plus simple, pour la gestion des établissements, de n'avoir des comptes à régler qu'avec un ou deux médecins. La comptabilité est extrêmement facilitée et les frais de gestion sensiblement réduits.

De plus, les docteurs, recevant leurs honoraires d'une société qui peut les remplacer s'ils ne lui conviennent pas, seront incités à servir ses intérêts. N'ayant pas à se concilier les faveurs des assurés, ils auront exclusivement en vue le

(1) Nous serons ainsi amenés à envisager la conduite éventuelle des docteurs, dans certains cas déterminés. Étant donnée l'acuité actuelle de ces problèmes et les polémiques violentes qui se font jour à ce sujet, nous tenons à éviter toute accusation de parti pris. Si, dans les pages qui vont suivre, nous prêtons parfois au corps médical certaines attitudes défavorables, ce ne sera nullement dans le but de jeter le discrédit sur ces gens qui s'emploient, avec un dévouement infatigable, à soulager les souffrances humaines, et qui, généralement, ont un sentiment très élevé de leur rôle humanitaire. Nous n'envisagerons que des possibilités et nous sommes persuadés que, la plupart du temps, les inconvénients signalés seront inexistantes et que s'ils se présentent quelquefois, ce sera uniquement dans les cas exceptionnels, où le corps médical sera représenté par des membres peu consciencieux, ayant seulement en vue la réalisation de bénéfices pécuniaires et la satisfaction de leur intérêt personnel.

fonctionnement normal de l'institution et la sauvegarde de ses finances. Ils s'efforceront, par un contrôle sévère des malades, de lutter énergiquement et sans faiblesses contre les tentatives des fraudeurs.

Grâce à cette surveillance constante et à l'application corrélatrice d'un régime de stricte justice, l'assurance conservera son efficacité morale et sa valeur éducative. Par suite ce mode d'organisation présente également un intérêt évident pour la collectivité.

Il n'est pas, dit-on, jusqu'aux médecins eux-mêmes qui n'en retirent un certain avantage, car « leur indépendance vis-à-vis des assurés sera sauvegardée » (1).

En somme, les arguments les plus puissants consistent surtout dans la simplicité du procédé, son économie et son efficacité particulière, au point de vue de la répression des abus.

En revanche, ses détracteurs lui adressent toute une série de reproches. Il conduit, disent-ils, à la « bureaucratisation de la profession médicale, à la subordination économique et disciplinaire du médecin à la caisse » (2). Avec lui, les docteurs seront constamment exposés aux observations des administrateurs du groupement, qui souvent leur reprocheront de reconnaître trop facilement les malades. La crainte de mécontenter les dirigeants de la société les empêchera d'avoir l'esprit complètement libre ; ils seront obligés de tenir compte des indications données par des personnes, peut-être totalement étrangères à la médecine, qui trouveront, par exemple, que telle prescription, particulièrement onéreuse, pourrait être avantageusement remplacée par une autre préparation, que le nombre des malades est trop élevé, etc...

Poussés jusqu'à l'extrême dans le sens de l'économie, n'étant pas arrêtés dans cette voie par le souci de satisfaire

(1) FRÄSSDORF, président de la Caisse de maladie de Dresde à la Conférence de La Haye des assurances sociales (Voir BELLOM, *Revue pol. et parl.*, nov. 1910, p. 275).

(2) D^r PEYSER, de Berlin, à la Conférence de La Haye.

leurs clients, les praticiens finiront, peu à peu, par transformer leur cabinet en une « véritable usine à soins », dans laquelle « la quantité remplacera la qualité » (1), et la médecine d'assurance se montrera avec un caractère de « médecine industrialisée », de « médecine des pauvres » (2). Les malades risqueront d'être examinés très rapidement, à peine auscultés par des docteurs surchargés de besogne qui ne les connaissent pas, qui ignorent leurs antécédents, leur état antérieur, leur mentalité particulière et le milieu dans lequel ils vivent. Mal soignés, ils guériront moins sûrement, et en tout cas, protesteront contre la violence qui leur est faite, par l'éloignement du praticien investi de leur confiance (3).

Les inconvénients du système ne seront pas moins importants pour les médecins qui, « considérés comme des salariés par la caisse et comme des employés par l'assuré » (4), perdront leur liberté d'action. En outre, les malades seront engagés à verser aux docteurs une certaine somme d'argent, afin d'obtenir un examen plus sérieux et un traitement mieux suivi, et l'on arrivera ainsi à l'allocation humiliante du « pourboire » (5).

Ses défauts seront également ressentis par l'établissement d'assurance et par la société qui, tous deux, souffriront de la prolongation éventuelle des maladies et de l'incertitude des guérisons.

Enfin, cette méthode n'est applicable qu'en partie, car certaines affections nécessitent des soins particuliers, qui ne peuvent être donnés que par des spécialistes, et les groupements ne peuvent guère s'attacher un praticien pour chaque sorte de maladie.

(1) Dr LACROIX, *Le médecin et les lois sociales nouvelles*, Concours médical, 1^{er} janvier 1922, p. 39.

(2) Drs LAFONTAINE et QUIVY.

(3) BELLOM, *Revue pol. et parl.*, 10 novembre 1910, p. 273.

(4) Dr JAYLE, *La Presse médicale*, 26 juillet 1922.

(5) Le « Trinkegeld » serait encore courant en Allemagne (JAYLE, *La Presse médicale*, 22 avril 1922).

Aussi, la presque totalité du corps médical et, avec lui, un certain nombre de personnes rejettent ce système et préconisent le procédé inverse, dans lequel l'assuré a le libre choix du docteur. « Le client appartenant à une caisse maladie doit pouvoir choisir son médecin comme un client privé. »

Les praticiens conservent alors toute leur liberté, ils sont protégés contre l'arbitraire des caisses et dégagés des influences néfastes des groupements. Ils peuvent soigner leurs malades comme bon leur semble, sans avoir à se préoccuper de l'opinion de la société. N'ayant à écouter que leur conscience, ils ne subissent aucune contrainte, aucune entrave, pour ordonner les traitements qui leur paraissent les meilleurs.

Le docteur Mugdan, député au Reichstag, déclarait, au Congrès de Vienne des assurances sociales, que cette méthode avait une importance capitale et qu'elle devait être adoptée, dans l'intérêt de l'indépendance des docteurs, « les garanties de cette indépendance étant aussi nécessaires, au point de vue social, pour le médecin que pour le juge » (1).

« Le libre choix n'est pas seulement nécessaire à la sauvegarde des intérêts des médecins, mais encore, de ceux des caisses et des assurés, les soins médicaux n'étant donnés avec zèle et reçus avec fruit que si une confiance réciproque unit le malade au médecin (2). »

Tenant à conserver leurs clients, les docteurs auront intérêt à les satisfaire et, pour cela, à les bien soigner. Leur tâche sera facilitée, car « le médecin n'est pas seulement un dispensateur, il doit être un confident et un ami de son malade; pour réussir, il faut qu'il ait la confiance de son patient, et il ne pourra l'obtenir que par le libre choix » (3).

Ce système présente donc les plus sérieux avantages, au point de vue de l'efficacité des prestations en nature, et

(1) BELLOM, *Revue pol. et parl.*, novembre 1905, p. 311.

(2) D^r PEYSER déjà cité.

(3) D^r Frédéric RILLIET, *Revue de la Prévoyance et de la Mutualité*, janv.-fév. 1921, p. 3.

son principal mérite provient des résultats appréciables qu'il permet d'obtenir, dans la lutte soutenue contre les diverses maladies.

Il paraît ainsi devoir être très favorable à tous les intéressés, aux docteurs comme aux assurés, aux groupements comme à la collectivité. Mais, si les uns n'en retirent que des profits, les autres, au contraire, pourront en ressentir les inconvénients. En effet, les caisses et, par voie de conséquence, la société tout entière, auront à redouter des abus possibles. Certains docteurs seront tentés, pour garder leur clientèle, de faire montre vis-à-vis des malades d'une indulgence coupable, s'entendant au besoin avec eux, pour délivrer des certificats de complaisance et frauder la caisse. Ne devant contenter que les assurés, ils seront incités parfois à fermer les yeux sur la prolongation excessive d'une maladie, sur les abus de quelques adhérents. Il faudra craindre des collusions, susceptibles de porter atteinte à l'équilibre financier des établissements. Et, si bon nombre de praticiens se refusent à accomplir de telles actions, ils seront défavorisés, au profit de confrères peu scrupuleux, qui finiront par attirer à eux la majorité des assurés.

Contre ces dangers de fraude, les groupements ont cherché à se protéger. Les mesures envisagées dans ce but se traduisent, dans la réalité, par certains modes de rémunération des docteurs et nous réserverons leur étude, pour le moment où nous examinerons les différents systèmes de paiement.

Les abus possibles étant laissés de côté, nous constatons que le libre choix se heurte, en outre, à des difficultés pratiques. En effet, l'assurance pour fonctionner normalement doit pouvoir apprécier aussi exactement que possible le montant de ses dépenses. Il paraît nécessaire que toutes les bases des prestations soient connues, que la caisse sache quel est le montant de chacune des indemnités qu'il lui faudra payer, et par conséquent, quel est le prix des visites médicales. Comment pourra-t-elle posséder cette dernière indi-

cation, dans un système où le libre choix règne en maître absolu? Les honoraires des docteurs sont excessivement variables, suivant les spécialités de ceux-ci, ou même seulement, suivant le quartier dans lequel ils exercent, l'importance et la nature de leur clientèle. Si les assurés peuvent librement s'adresser au médecin qui leur plaît, et si, d'autre part, celui-ci peut réclamer au groupement telle somme qu'il juge convenable, de grandes inégalités se produiront dans le montant des consultations. Aussi, impose-t-on habituellement une certaine réglementation, qui conduit à limiter le choix des sociétaires.

D'abord, en ce qui concerne les spécialistes, les sociétés ne laissent généralement pas leurs membres juges de l'opportunité d'une consultation de ce genre. Elles exigent l'avis formel du médecin habituel.

Indépendamment même de cette restriction, et dans le but d'établir une certaine uniformité dans les prix des interventions médicales, on est amené à fixer des règles précises, qui s'appliquent à tous les médecins de l'assurance. Sans envisager ici, quels sont les différents modes susceptibles d'être adoptés, nous remarquerons seulement que, dans tous les cas, le choix du malade subira une certaine limitation, il ne pourra se faire qu'entre tous les docteurs qui consentent à soigner les assurés aux conditions fixées (1). Par conséquent, les deux systèmes opposés, que nous venons d'étudier, sont loin d'être absolus, ils peuvent comporter, au contraire, une infinité de degrés. Au lieu de pouvoir s'adresser à tous les médecins, quels qu'ils soient, le travailleur sera contraint de choisir sur la liste établie par les caisses (2) et, si cette

(1) C'est le système généralisé en Alsace-Lorraine, depuis l'accord intervenu en 1920 entre l'Union des caisses locales et la Fédération des syndicats médicaux. De même, en Pologne (art. 42), Angleterre (art. 15), Suisse (art. 15), Luxembourg.

(2) Le médecin, suivant les cas, étant contraint d'accepter les malades qui le choisissent, ou bien pouvant les refuser (Angleterre).

liste est très restreinte, le système tendra à se confondre avec le procédé exactement opposé.

Dans plusieurs législations, les assurés désignent le docteur, auquel ils accordent leur confiance, parmi ceux qui admettent les règles établies, ou qui sont attachés à la société, et le choix est ainsi réduit, dans des limites très variables, suivant les pays, les groupements, le nombre des praticiens de la région, leurs exigences et celles des établissements (1).

MODES DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

Si nous examinons maintenant les problèmes posés à l'occasion des divers modes de rémunération, nous nous trouvons en présence de procédés très variés.

Un premier système consiste à allouer au docteur des appointements fixes (2). La caisse charge un médecin (ou plusieurs, si l'effectif de la société est trop important), de donner les soins nécessaires à tous les assurés; elle leur paie, en échange, un traitement annuel, et ils deviennent ainsi de véritables fonctionnaires du groupement.

Ce procédé n'est évidemment applicable que pour des praticiens spécialement attachés à l'assurance. C'est même l'expression la plus pure, la traduction pratique la plus absolue de cette organisation. Si cette méthode en présente au plus haut point toutes les caractéristiques, elle en a, par suite, les avantages comme les inconvénients et tous les arguments, que nous avons développés à ce propos, pourraient être invoqués ici. Nous n'avons pas à les reproduire et nous croyons inutile d'insister davantage sur ce point. Nous nous conten-

(1) C'est ainsi que les « fonds de maladie » néerlandais doivent s'attacher, autant que possible, 2 médecins au moins, entre lesquels les assurés pourront choisir et cela une fois par an (Loi n° 204).

(2) La loi norvégienne du 10 décembre 1920, modifiant l'article 49 de la loi de 1915, ne laisse le choix aux comités d'assurance qu'entre les honoraires annuels ou le paiement d'un honoraire fixe par membre.

terons seulement d'indiquer que ce mode de paiement est assez rarement adopté dans la pratique.

En Allemagne notamment, où la loi laisse aux caisses maladie la plus grande liberté pour organiser le service médical, et où les procédés les plus variés sont employés, celui-ci est tout à fait exceptionnel. On le trouve cependant appliqué par une grande fédération : celle des caisses de Dresde, qui compte 128.000 membres (1).

Au lieu de donner au docteur une somme fixe, on peut aussi proportionner sa rémunération au nombre des assurés et lui accorder tant par tête d'adhérent. Ainsi conçu, le procédé ne diffère pas sensiblement du précédent et soulève à peu près les mêmes objections. Tout au plus, peut-on invoquer en sa faveur une malléabilité un peu plus grande, une variation automatique des appointements, au fur et à mesure des changements survenus dans le nombre des membres et, par suite, dans la quantité des risques de maladie.

Mais, à l'inverse du précédent, il n'exclut pas l'exercice d'un certain choix. On peut communiquer aux affiliés les noms de tous les docteurs qui acceptent de soigner les assurés, et leur permettre de désigner celui qui leur convient. Les assurés se feront inscrire sur la liste du médecin, à qui ils accordent leur confiance, et celui-ci recevra une rémunération proportionnelle au nombre des individus qui l'ont choisi. Pour que le règlement des comptes soit possible, il faut que le changement de docteur ne puisse s'effectuer qu'à des périodes déterminées, tous les ans ou tous les six mois par exemple. Cette manière de faire présente, dit-on, de grands avantages. Le médecin a intérêt à compter sur sa liste le plus grand nombre d'assurés et, par conséquent, à conserver ses clients et pour cela à les soigner sérieusement. D'autre part, il n'est pas tenté de faire des visites inutiles, celles-ci ne lui

(1) BELLOM, *L'assurance contre la maladie en Allemagne d'après une enquête anglaise*, *Eco. Fr.*, 13 sept. 1913.

étant pas payées. C'est le moyen le plus favorable aux assurés, qui seront examinés avec attention, et à la caisse, qui n'aura pas à redouter les abus et qui connaîtra, avec une très grande approximation, le montant de ses dépenses. De plus, elle n'aura pas à se préoccuper du contrôle des malades, du moins en ce qui concerne cette partie des prestations; sa gestion sera facilitée et la comptabilité réduite au minimum. Quant au docteur, il sera assuré d'un revenu fixe.

Ce système est employé assez fréquemment. On le rencontre dans un certain nombre de nos sociétés de secours mutuels, dans les caisses minières prussiennes et dans la majorité des caisses de fabriques allemandes (1). Il a, en outre, reçu l'adhésion d'un nombre considérable de médecins anglais. C'est ainsi qu'au Pays de Galles il est admis par 1.100 docteurs sur 1.400 (2).

On lui adresse néanmoins plusieurs reproches. D'abord, celui de ne pas accorder aux docteurs une rémunération suffisante pour qu'ils puissent consacrer aux malades tout le temps nécessaire. « Ou bien, ceux-ci seront soignés trop vite, ou bien, le médecin y perdra (3). » En outre, les appointements ne sont pas proportionnés aux services rendus; que le nombre des malades soit considérable ou non, les honoraires sont les mêmes. L'intérêt du praticien sera donc de compter sur sa liste les assurés les mieux portants, et, au contraire, de se débarrasser de ceux particulièrement maladifs, ces derniers lui coûtant beaucoup plus de peine et de dérangements qu'ils ne lui rapportent. Par conséquent, il sera encouragé à les négliger, de façon à ce qu'ils s'adressent ailleurs, et ce système pourra conduire à délaisser les assurés qui ont le plus besoin des prestations, conséquence néfaste, à la fois pour l'individu, la caisse et la collectivité.

(1) BELLEOM, *Eco. Franç.*, 13 sept. 1913.

(2) MANIER, *op. cit.*, p. 167.

(3) STOPIN, *La Protection des travailleurs contre la maladie par les sociétés de secours mutuels et l'assurance obligatoire*.

On a pensé alors à tenir un compte plus exact de la quantité des interventions médicales et à fixer le montant de la rémunération, en raison du nombre des cas de maladie.

A part ce rapport plus étroit entre les appointements et le travail effectué par le médecin, ce système se rapproche beaucoup du précédent; il est susceptible des mêmes modalités, en ce qui concerne le libre choix et présente, par conséquent, des avantages analogues. Pas plus que dans la capitation, le docteur n'a ici intérêt à multiplier les visites pour une maladie déterminée.

Ce mode de paiement, qui est notamment adopté par un certain nombre de docteurs anglais (1) et par la caisse rurale de Francfort, encourt des critiques sévères. Il n'a pas, pour la caisse d'assurance, le même intérêt que celui que nous venons d'examiner, le montant des dépenses affectées au service médical étant variable et, d'autre part, le malade risque d'être mal soigné. En effet, les honoraires étant les mêmes quelle que soit la gravité de l'affection, « qu'il s'agisse d'une pneumonie nécessitant 30 visites ou d'une vague névralgie ne comportant qu'une seule consultation, » le docteur aura intérêt à réduire le plus possible le nombre de ses interventions, pour une même maladie, et cette réduction s'opérera au détriment des malades. Et, si l'on admet que le droit pour l'assuré de changer de docteur supprimera, dans une certaine mesure, cet inconvénient, il n'en est pas moins vrai que le médecin aura tout intérêt à ne pas conserver les individus gravement atteints (2).

En outre, des abus seront à redouter. « Le record à courir étant de voir beaucoup de malades et de ne les voir qu'une

(1) MANIER, *op. cit.*, p. 167.

(2) Il pourra être tenté de mal soigner les grands malades pour les engager à aller consulter un autre médecin et, si le changement de docteur est interdit au cours d'une affection, il restera cette conséquence déplorable que l'assuré ne recevra pas tous les soins nécessaires.

fois (1), » les praticiens seront tentés de reconnaître malades les assurés atteints des affections les plus bénignes.

Pour éviter les frais considérables qui en résulteraient pour les groupements, on a pensé alors à combiner les deux procédés que nous venons d'envisager. L'établissement d'assurance verse une somme globale, calculée en raison du nombre des assurés, à un fonds commun, qui est ensuite réparti entre les docteurs, proportionnellement aux cas de maladie traités par chacun d'eux.

Par ce moyen, la caisse se protège contre les exagérations que nous venons de signaler, mais celles-ci ne sont pas évitées. Leurs effets, au lieu d'atteindre la société, se répartissent entre tous les docteurs et seront supportés par les plus consciencieux. Ce procédé n'a donc comme avantage particulier que la sauvegarde des finances des sociétés. Tous les autres reproches adressés à la rémunération proportionnelle aux cas de maladie subsistent, avec toute leur valeur, et ont la plupart du temps fait rejeter ce mode de paiement. Toutefois, il reçoit certaines applications, notamment à la caisse maladie de Mulhouse.

En somme, le gros écueil de tous les systèmes envisagés jusqu'ici est surtout le mauvais fonctionnement possible du service médical. Qu'il s'agisse du médecin fonctionnaire, du procédé de capitation, ou des honoraires fixés en raison des cas de maladie, les assurés seront exposés à ne pas recevoir les soins dévoués qu'il leur faudrait et c'est là, indépendamment des autres reproches adressés à chacune de ces méthodes, celui qui paraît le plus grave.

Pour l'éviter, on a songé à allouer aux docteurs une rémunération déterminée pour chaque visite, consultation ou intervention médicale particulière.

Ce mode de paiement, appliqué dans un régime de libre choix, reçoit l'adhésion de la grande majorité du corps médical.

(1) D^r LACROIX, *Concours médical*, 1^{er} janv. 1922, p. 40.

C'est celui, dit-on, qui est le plus bienfaisant au point de vue de la santé des individus; avec lui, la médecine de caisses sera la même que la médecine ordinaire. Rémunéré proportionnellement aux services rendus, le médecin sera encouragé à visiter ses malades, toutes les fois qu'il le jugera nécessaire. C'est, en somme, le système qui incarne véritablement tous les avantages du libre choix. Il semble devoir être préféré sans discussion, car il est favorable à la fois aux médecins, qui sont payés en raison de leur travail, aux assurés, qui reçoivent tous les soins nécessaires, au groupement et à la collectivité, qui bénéficient des guérisons plus complètes et de l'amélioration de l'état sanitaire (1).

Mais, s'il ne paraît devoir présenter que des avantages pour les malades et les médecins, il n'en est pas de même pour la collectivité et, surtout, pour les caisses, qui auront à craindre des abus susceptibles d'avoir les effets les plus néfastes sur l'équilibre financier des établissements et le niveau moral des assurés.

En effet, les médecins auront intérêt à faire beaucoup de visites, non seulement à accueillir très volontiers les adhérents peu malades, mais, surtout, à multiplier le nombre des interventions pour une même maladie. Des visites seront faites, alors qu'elles sont absolument inutiles et il en résultera un accroissement considérable des dépenses. Pour éviter de telles conséquences, les groupements se sont alors efforcés de trouver un moyen de protection.

Cette recherche est particulièrement hérissée de difficultés. Comment la caisse pourra-t-elle apprécier équitablement l'exagération du nombre des actes médicaux? L'inspection exercée par des médecins, spécialement attachés à l'organisme, sera-t-elle susceptible de donner des résultats satisfaisants? Nous constaterons plus loin la quasi-impossi-

(1) C'est le procédé appliqué en Allemagne par la Fédération des caisses maladie de Brême (30.000 membres).

bilité d'un contrôle de cette nature et la nécessité, si on veut l'organiser, d'employer une réglementation arbitraire et une estimation approximative.

La protection ne pouvant guère être établie, d'une façon précise, à l'encontre des docteurs, on a cherché à intéresser le malade à la limitation des visites. Pour cela, on l'oblige à payer une partie du prix des consultations. C'est le système dit « du ticket modérateur », qu'on trouve employé en France dans un certain nombre de sociétés de secours mutuels, particulièrement dans les régions lyonnaise et dauphinoise. Pour que cette mesure soit efficace, il faut évidemment que la part à verser par l'assuré soit relativement considérable. Ainsi compris, ce procédé est doué d'une grande valeur pour la répression des abus : il présente tous les avantages du libre choix et du paiement à la visite, sans en avoir les principaux inconvénients. Il reste, cependant, que la somme à verser par l'assuré devant nécessairement être assez élevée, la maladie sera trop onéreuse pour les travailleurs à faible salaire, et il est à craindre que, pour eux, l'assurance ne joue pas le rôle bienfaisant qui lui est dévolu. Les soins médicaux ne seront plus à la portée de tous les ouvriers, certains étant incapables de payer le montant du ticket sans priver les leurs des ressources indispensables à l'existence. Les autres travailleurs hésiteront souvent devant une dépense aussi forte, attendront et compromettront ainsi leur guérison.

Certains établissements ont alors cherché un autre moyen d'éviter ces inconvénients et ils ont pensé à combiner la méthode de la capitation et celle du paiement à la visite.

La caisse débourse, annuellement, une somme fixe, calculée en raison du nombre global des assurés, et cette somme, versée à un fonds commun, est répartie, par le groupement médical, non plus, comme tout à l'heure, d'après les cas de maladie, mais d'après la quantité des actes médicaux, des services rendus par chaque docteur.

Ici, le médecin, étant payé proportionnellement au nombre

de ses interventions, a intérêt à visiter ses malades et ce système est avantageux pour les assurés, qui bénéficieront de traitements sérieux et de soins convenables.

La caisse n'aura pas, d'autre part, à craindre les abus, qui ne retomberont pas sur elle et qui, d'ailleurs, seront sensiblement diminués, en raison de la nature des rapports qui unissent les docteurs entre eux; ceux-ci, en effet, se refuseront souvent à accomplir des actes susceptibles de léser leurs confrères.

Ce procédé paraît donc être le meilleur de tous; c'est celui qui est employé par la caisse maladie de Strasbourg et qui, d'autre part, paraît le plus fréquemment adopté en Allemagne, notamment par la fédération des caisses maladie de Munich, qui compte 137.000 membres et celle de Leipzig, qui comprend 187.000 adhérents.

Il n'est pas, d'ailleurs, sans présenter quelques inconvénients. Il risque de provoquer des discussions au sein du corps médical. Il conduit à accorder, dans l'ensemble, une rémunération pour prix de la visite, beaucoup plus forte quand les consultations sont peu nombreuses, et par conséquent, de payer moins cher les médecins quand, par suite d'une épidémie, par exemple, les actes médicaux auront été très fréquents.

Enfin, on lui reproche de faire supporter aux praticiens dévoués et scrupuleux les abus de confrères indéliçats. En effet, si le groupe entier des docteurs est intéressé à ce que le nombre total des interventions soit peu important, de façon à ce que le prix de chacune d'elles soit élevé, l'intérêt individuel de chaque médecin est toujours de multiplier les visites et d'augmenter par là sa rémunération propre. Si l'un d'eux compte un nombre exagéré de consultations, la fraude sera supportée par l'ensemble de ses confrères. Aussi, quand ce système est adopté, le syndicat médical, chargé de la répartition, exerce un contrôle sévère qui, malgré le zèle dépensé, ne peut cependant prétendre à la

suppression de tous les abus. Il se heurte, en effet, à de graves complications. « Quelquefois, l'exagération (ou la fraude même) est patente (1); tel le médecin qui, au hasard, marque une visite le 30 février (le cas s'est vu). D'autres fois, elle saute encore aux yeux : tel le bulletin où un buvard défectueux a provoqué les mêmes bavures sur les marques du commencement, du milieu et de la fin du mois, montrant ainsi que les visites ou consultations n'ont pas été indiquées au jour le jour (2), mais, sans base sincère, à la fin du trimestre. Les exemples, que nous venons de citer, se rattachent probablement à la fraude. Il faut admettre que c'est là une très rare exception. Beaucoup plus répandue doit être la tendance à multiplier les visites, plus qu'il n'est nécessaire ou utile. » Dans ce cas, la surveillance est presque impossible. En effet, comme nous l'avons vu au début de cet ouvrage, la maladie est un état strictement individuel, qui peut être plus ou moins grave, suivant la constitution des individus qu'elle atteint. Les visites du docteur devront donc être plus ou moins fréquentes, non seulement suivant la nature de l'affection, mais encore suivant la force de résistance du malade. Comment apprécier tous ces éléments? D'autre part, il faut tenir compte également du caractère particulier du médecin. Tel praticien se contentera de voir un patient une ou deux fois par semaine, alors qu'un autre estimera, en toute conscience, qu'une visite journalière est nécessaire.

Devant de telles complications, il est impossible de déterminer exactement, en face de chaque situation particulière, quel aurait dû être le nombre des visites. Et cependant, le syndicat médical a intérêt à ce que les interventions ne soient pas plus fréquentes qu'elles ne le devraient, car toute augmen-

(1) Dr LACROIX, *L'assurance maladie en Alsace-Lorraine. Concours médical* du 1^{er} janv. 1922, p. 43.

(2) Sur la carte présentée à chaque visite par le malade.

tation de ces actes a pour conséquence un abaissement du prix de la visite.

Son contrôle ne pouvant s'exercer efficacement, il est amené, dans la pratique, « à fixer des chiffres limites de visites, pour une maladie donnée, par exemple, trois visites pour une angine, huit pour une pneumonie, etc. Les visites en plus ne seront pas comptées, sauf justification de leur nécessité absolue par le médecin. C'est parfaitement logique et rationnel. La contre-partie, c'est que le médecin, qui aura fait à un angineux trois visites, hésitera à en faire une quatrième qui n'est pas payée. La situation devient ainsi nettement préjudiciable aux malades » (1).

Si, d'autre part, des honoraires spéciaux ne sont pas prévus pour les opérations et les actes médicaux particuliers et si, par suite, leur rémunération doit être prélevée sur la somme globale allouée par la société, leur paiement entraînera une diminution corrélative du montant de la visite et de la consultation.

Le syndicat médical s'efforcera d'abord de les payer le moins cher possible, et une telle mesure « aboutira, en fait, à la raréfaction des actes opératoires ». Il tâchera ensuite d'en réduire le nombre et, « pour éviter les abus, il sera amené à limiter certaines interventions à un maximum donné par trimestre, par exemple, 10 injections mercurielles ». Les conséquences de ce système sont donc des restrictions imposées aux traitements.

Pour éviter ces derniers inconvénients, certains établissements, notamment une grande partie des caisses allemandes (2), soumettent ces actes spéciaux à des règlements particuliers, et les contrats passés avec les médecins prévoient des honoraires supplémentaires.

En somme, si de nombreux modes de rémunération

(1) D^r LACROIX déjà cité.

(2) BELLOM, *Eco. Fr.*, 20 sept. 1913.

peuvent être envisagés, il n'en est aucun qui bénéficie d'une approbation unanime, qui soit véritablement parfait. Tous ont leurs avantages, comme aussi leurs inconvénients, et le choix à faire est particulièrement délicat. Il ne pourra d'ailleurs être exercé utilement, que si on tient compte des conditions particulières au pays, dans lequel on veut organiser le service médical, à la mentalité spéciale des assurés comme des docteurs.

MODES DE FIXATION DES TARIFS

L'étude des différents systèmes de paiement nous a montré sur quelles bases pouvait être calculée la rémunération des docteurs. Quel que soit le procédé employé, qu'il s'agisse du traitement annuel ou du paiement à la visite, il ne suffit pas de choisir théoriquement un mode de calcul, il faut encore, dans la pratique, fixer des taux, établir des tarifs.

Nous n'avons pas à examiner ici quelle devra être la valeur de ces chiffres. Ce sont là des questions de fait, qui ne rentrent pas dans le cadre de notre étude. Ce que nous devons rechercher, c'est le moyen par lequel on arrivera à l'établissement du tarif.

D'abord, si la caisse s'attache spécialement un docteur, le montant de ses appointements sera déterminé d'un commun accord et un contrat précisera les droits de chacune des parties.

Si, au contraire, on laisse aux assurés le droit de désigner le docteur investi de leur confiance (et nous l'avons vu, ce choix est généralement limité), le groupement pourra établir un tarif, qu'il communiquera à tous les médecins, et s'engager à admettre tous ceux qui accepteront les conditions imposées.

Il est possible, d'autre part, que les rémunérations soient fixées par un contrat collectif, passé entre la caisse et les représentants du corps médical. Avec ce procédé, on évite « l'exploitation des docteurs par les établissements d'assu-

rance », et l'adoption de traitements de famine par certains médecins. Mais, en revanche, il est à craindre que les chiffres établis ainsi soient relativement élevés, les caisses devant se plier aux exigences du corps médical, particulièrement puissant s'il est uni. Pour éviter ces conséquences, certains pays ont établi des tarifs officiels, destinés à servir de bases aux accords particuliers et fixant des chiffres, qui ne peuvent être dépassés. Ces tarifs déterminent généralement des minima et des maxima et laissent, par conséquent, une certaine latitude aux intéressés. On rencontre ces dispositions, notamment, en Suisse (art. 16 et 22) et en Allemagne (1).

Quoi qu'il en soit, que l'on adopte l'un ou l'autre système, les personnes chargées de déterminer les divers taux rencontreront, dans leur tâche, toute une série de difficultés. Elles se trouveront en présence d'une foule d'éléments de variation. Elles devront, d'abord, envisager la hiérarchie médicale, les consultations des spécialistes étant normalement payées plus cher que celles des autres médecins. D'autre part, pour une même catégorie de praticiens, la rémunération varie habituellement avec la nature du service accompli; il s'agit d'une consultation, d'une visite de jour ou de nuit, d'un acte médical spécial, tel que : petites opérations, injections, etc. Le cas des dentistes devra également être examiné, et leurs interventions sont très différentes, suivant qu'il s'agit de l'extraction, du plombage ou du remplacement des dents. En outre, un examen particulier devra être consacré à la question des médecins de campagne, qui, souvent, ont des frais de déplacement importants, et pour lesquels le prix de la visite est généralement majoré, en raison de la distance

(1) Un tarif officiel des frais médicaux, chirurgicaux, dentaires, etc... existe d'ailleurs, indépendamment de l'assurance. « C'est ainsi qu'un tarif du 15 mars 1922 fixe les prix des opérations. Sans doute, en clientèle privée, il y a toujours l'accord entre le médecin et le client, mais, en cas de contestation, le tarif est pris en considération par les tribunaux. » (JAYLE, *La Presse médicale*, 26 juillet 1922.)

qui sépare la localité du malade du domicile du docteur. Pour éviter ces dernières complications, beaucoup de sociétés de secours mutuels laissent ces frais supplémentaires à la charge de leurs membres, mais, dans une assurance généralisée, une telle manière de faire aurait pour conséquence de favoriser les habitants des villes, aux dépens des assurés de la campagne, alors qu'au contraire la plupart des législations s'efforcent de combattre le dépeuplement rural.

SECRET PROFESSIONNEL

A propos de l'organisation du service médical, il faut également se demander si le système adopté doit sauvegarder le secret professionnel ou si, au contraire, le médecin traitant fera connaître la nature des affections.

Le respect de ce principe présente un certain nombre d'avantages. Les malades sont parfois intéressés à ce que l'on ignore la nature des affections dont ils sont atteints. Deux exemples, cités par le docteur Lacroix (1), montrent nettement les inconvénients de la suppression du secret professionnel en Alsace-Lorraine : « Un employé alsacien, après une semaine de maladie, revient chez son patron, qui lui annonce qu'il n'a plus besoin de ses services. L'employé congédié apprend que son bulletin portait le diagnostic de nervosisme, synonyme pour le patron d'aliéné. — Un chef de service d'un magasin adresse un jour une réprimande à un employé sous ses ordres. Celui-ci lui répond : « Avec la « maladie que vous avez, vous devriez vous taire. » Il s'agissait d'une maladie vénérienne, révélée à tous par l'indiscrétion du bulletin de diagnostic. » De tels exemples font ressortir, au plus haut point, les défauts du procédé, qui sont susceptibles d'avoir une grave répercussion, au point de vue de la santé générale. Certains malades préféreront ne pas se

(1) *Concours médical*, 8 janv. 1922, p. 116.

soigner, plutôt que de faire connaître à tous la nature de leur affection. Le docteur Lacroix a pu dire à ce sujet : « L'action de l'assurance, en Alsace, est plutôt défavorable pour la syphilis. Les caisses entravent le traitement de cette maladie, par le manque de respect du secret professionnel (1). »

A l'inverse, nous avons vu que le contrôle des médecins se réduisait souvent à la limitation du nombre des visites, pour chaque sorte de maladie. Pour qu'une telle surveillance puisse s'exercer, il est indispensable que les contrôleurs soient en possession des diagnostics. D'autre part, il est utile de connaître la gravité d'une maladie donnée et sa durée probable, et pour cela, de posséder tous les renseignements sur sa nature.

D'ailleurs, il nous paraît possible de concilier les avantages des deux systèmes, en observant une certaine discrétion, dans l'indication des cas de maladie, celle-ci n'étant fournie qu'à des autorités liées elles-mêmes par le secret professionnel.

ORGANISATION DU SERVICE PHARMACEUTIQUE

Le service pharmaceutique peut être organisé suivant les mêmes méthodes, que celles que nous avons envisagées, à propos du service médical.

Ici aussi, le libre choix peut être consacré ou aboli, et les modes de rémunération peuvent s'inspirer des mêmes principes. Les différents systèmes présentent donc des avantages et des inconvénients sensiblement équivalents et nous pourrions passer très rapidement sur ces questions.

Les caisses peuvent d'abord s'attacher un pharmacien, qui sera leur employé et qui ne délivrera des médicaments qu'aux seuls assurés. C'est le système qui est assez répandu en France, sous le nom de pharmacies mutualistes. Certaines unions de sociétés ouvrent une officine, qui est gérée par un

(1) *Concours médical*, 1^{er} janvier 1922, p. 40.

pharmacien diplômé, payé par elles. Tous les frais sont supportés par les sociétés qui, suivant les cas, allouent gratuitement les médicaments à leurs membres, ou bien les leur cèdent au prix de revient, les dépenses se réduisant alors aux frais généraux : rémunération du pharmacien, location de l'immeuble, etc. C'est exactement le même régime que celui du médecin fonctionnaire des établissements, mais les inconvénients sont cependant sensiblement amoindris, en raison du rôle différent des deux catégories de professions.

Les groupements peuvent aussi conclure des accords, sur la base du forfait, et allouer aux pharmaciens une somme fixe par assuré. Cette méthode qui, par ailleurs, présente les mêmes caractéristiques que le forfait médical, paraît toutefois plus difficilement applicable dans notre matière. En effet, le problème est un peu spécial, en raison de l'intervention nécessaire d'un tiers au contrat : le médecin. C'est lui qui est chargé de prescrire les médicaments et ce n'est que contre une ordonnance du docteur que les malades peuvent se les faire délivrer (1). Comme, habituellement, les deux professions sont nettement séparées (2), le pharmacien n'a aucun moyen de réduire le nombre des produits qu'il lui faut délivrer, et la méthode envisagée aura pour conséquence de lui faire supporter les exagérations de certains médecins, sans qu'il lui soit possible de les réduire.

On pourra craindre aussi qu'une entente s'établisse entre les membres des deux professions et que les docteurs, pour favoriser les pharmaciens, n'ordonnent que des produits peu coûteux. Le résultat pratique sera un dommage réel causé aux malades. Si, au contraire, une hostilité règne entre eux, les praticiens pourront prescrire des médicaments très onéreux et

(1) Cette mesure générale est destinée à éviter les abus, on la rencontre dans presque toutes les législations, notamment en Allemagne, Pologne, etc.

(2) En Angleterre cependant les médecins peuvent fournir eux mêmes les médicaments.

le pharmacien sera complètement à leur merci. Il est évident que nous envisageons là des situations tout à fait exceptionnelles, mais le seul fait de leur possibilité constitue une imperfection du procédé.

Un danger, peut-être plus réel, consiste dans la tendance, chez certains pharmaciens, à faire, sur la qualité des produits, les bénéfices qu'ils ne peuvent réaliser sur leur quantité.

Tous ces inconvénients sont, il est vrai, susceptibles d'être sensiblement réduits, par l'exercice du libre choix, qui empêchera, dans une certaine mesure, les ententes ou les conflits et qui engagera les pharmaciens à fournir des médicaments d'excellente qualité.

De plus, la vérification de la valeur des produits pharmaceutiques est beaucoup plus aisée que le contrôle médical.

Enfin, un autre système possible consiste à payer chaque médicament comme un client ordinaire, en raison de sa valeur propre, suivant des règles analogues à celles envisagées pour le paiement des médecins à la visite. Intéressés à conserver les clients, et surtout les plus malades, les pharmaciens seront engagés à fournir les meilleurs produits et ils seront, en outre, rémunérés en raison des fournitures délivrées. Là aussi, on devra craindre des abus, provenant de la majoration du prix des produits. Pour les éviter, certains pays ont fixé des tarifs, dont les taux ne doivent pas être dépassés (1).

Des abus peuvent également résulter d'une entente éventuelle avec les médecins, qui prescriraient, alors, une grande quantité de médicaments et, parmi ceux-ci, les plus coûteux ou, plus exactement, ceux susceptibles de laisser le bénéfice le plus important. On obvie quelquefois à ces difficultés par l'exercice d'une certaine surveillance, consistant dans le contrôle des ordonnances. C'est, notamment, la mission dévolue, en Allemagne, aux « médecins de confiance » (2).

(1) Pologne (art. 43). Allemagne, Suisse (art. 22).

(2) « Le médecin de confiance de la caisse contrôle les ordonnances et rappelle aux médecins la nécessité des prescriptions économiques.

En résumé, les quelques considérations qui précèdent montrent la similitude presque absolue des questions posées par l'organisation des services médical et pharmaceutique. Les arguments, développés à l'occasion du premier de ces problèmes, trouveraient place ici, avec les quelques légères variantes, qui résultent du rôle différent des deux professions et il serait fastidieux de les reproduire. Nous nous bornerons à constater que, dans la pratique, les mêmes solutions interviennent généralement pour ces deux ordres de questions, qui parfois sont résolues dans le même paragraphe de la loi (1) et qui, presque toujours, font l'objet de dispositions analogues.

L'Angleterre paraît devoir faire exception à cette règle, en raison de la particularité du régime médical de ce pays, dans lequel les médecins peuvent habituellement fournir eux-mêmes les médicaments. Mais, la loi d'assurance, redoutant ce cumul des deux professions, interdit, sauf règlements des commissaires, la conclusion d'accords qui confieraient aux médecins la fourniture des produits pharmaceutiques; elle autorise, par contre, les groupements à passer des contrats avec « les personnes, firmes et sociétés qui acceptent de fournir des médicaments au tarif fixé » et, finalement, l'organisation pharmaceutique se trouve soumise, dans son ensemble, aux mêmes règles que celles relatives aux médecins.

En Allemagne, on rencontre un régime un peu spécial qui provient de ce que la profession n'y est pas libre. Les pharmaciens sont l'objet d'une licence ou d'une concession officielle, et leur nombre est strictement limité. Même diplômés, ils doivent obtenir une concession ou acheter une pharmacie (c'est le

Les spécialités les plus coûteuses sont accordées, mais à la condition qu'elles soient absolument indispensables. En fait, la pharmacie est réduite à sa plus simple expression, les médicaments sont délivrés, en vrac, dans des paquets, et le malade prépare lui-même ses solutions ou ses cachets. Des médicaments simples en quantité réduite. » (D^r LACROIX, *Concours médical*, 8 janv. 1922, p. 115.)

(1) Pays-Bas, Suisse.

régime français des offices ministériels). D'autre part, un tarif officiel définit les prix maxima, qui ne peuvent être dépassés, sous peine d'amende, et « le code des assurances prévoit qu'une réduction sur ce prix tarifé sera fixée par l'autorité administrative supérieure et imposée aux gérants ou propriétaires de pharmacies, avec lesquels les caisses devront conclure des arrangements » (1).

ORGANISATION DU SERVICE HOSPITALIER.

Nous avons vu, dans le chapitre consacré à l'indemnisation du risque, qu'indépendamment des soins médicaux et pharmaceutiques, les établissements d'assurance étaient obligés parfois de recourir à l'hospitalisation de leurs malades.

Ils pourront alors, dans le cas où ce choix est possible, laisser aux assurés le droit de désigner l'hôpital qui leur convient. Nous ne ferons que mentionner ici cette nouvelle application du principe du libre choix, qui a déjà fait l'objet de développements importants, et nous constaterons simplement que cette méthode pourra faciliter l'hospitalisation volontaire des assurés, ceux-ci l'acceptant plus volontiers, quand ils vont dans une maison qui leur plaît et qu'ils ont désignée eux-mêmes.

Si nous laissons de côté cette question, pour examiner le problème de l'organisation proprement dite, nous nous trouvons en présence de trois systèmes principaux. Ou bien les caisses passeront des contrats avec les hôpitaux privés, ou bien l'État réservera aux assurés un certain nombre de places dans ses constructions hospitalières, ou enfin les groupements posséderont des établissements thérapeutiques qui leur seront personnels.

(1) § 375. Il est assez curieux de remarquer, en outre, que la police a coutume de dénoncer, par des avis insérés dans les journaux, en la désignant par son nom, toute préparation, qui, annoncée par une réclame intense, ne possède qu'une valeur médicale nulle (BELLOM, *Eco. Fr.*, 20 sept. 1913).

Nous croyons inutile de consacrer des développements particuliers à ces problèmes, qui ne présentent, au point de vue général qui nous occupe, qu'un intérêt limité. D'ailleurs, les différents procédés ne sont nullement exclusifs l'un de l'autre et il sera, la plupart du temps, nécessaire de les combiner, en raison de la variété des affections, qui appellent des cures particulières, et du nombre considérable d'établissements indispensables à une œuvre sanitaire efficace. Ce qui est vraiment important en cette matière, c'est bien moins le régime administratif des établissements hospitaliers, que leur organisation pratique et leur répartition sur tout le territoire.

Ce qu'il importe surtout, ce n'est pas tant d'avoir des hôpitaux exclusivement affectés aux divers groupements, que de posséder un nombre suffisant de lits dans les constructions hospitalières environnantes.

Le bon fonctionnement de ce service réside principalement dans une liaison étroite et bien comprise entre les institutions et les caisses, de façon à ce que l'envoi des malades gravement atteints se fasse rapidement et, pour ainsi dire, automatiquement. Ce qu'il faut éviter, ce sont les formalités fastidieuses et les retards préjudiciables à la santé des malades. Pour qu'une organisation de ce genre produise les résultats que l'on attend d'elle, il est nécessaire que des hôpitaux nombreux, et réunissant toutes les conditions hygiéniques modernes, soient mis à la disposition des établissements d'assurance. Il est indispensable qu'à chaque groupement soit rattaché un ou plusieurs hôpitaux et que, d'autre part, des organisations plus vastes permettent de soigner, dans des cures d'altitude ou de plein air, les assurés atteints de certaines affections.

Sans insister davantage sur ces problèmes théoriques, nous rechercherons comment, dans la pratique, est organisé le service hospitalier des divers systèmes d'assurance.

En Allemagne, des contrats sont passés avec les hôpitaux, et « tous les établissements philanthropiques, ou d'intérêt

général, qui adhèrent aux conditions fixées, ne peuvent être exclus par les caisses que pour un motif grave » (§ 371). « Dans les endroits où il existe plusieurs hôpitaux, disposés à entreprendre, dans les mêmes conditions, le traitement d'un malade, la caisse de maladie doit laisser à l'intéressé la faculté de choisir entre eux » (§ 184). D'autre part, beaucoup de caisses possèdent personnellement des établissements hospitaliers, notamment des sanatoria.

En Angleterre, les comités d'assurance ont pour mission d'entrer en relation avec ces institutions et doivent conclure des accords, en vue de l'hospitalisation de leurs malades. La Suisse prévoit que le droit au libre choix cesse, en cas de transfert dans un hôpital (art. 17), celui-ci étant désigné par une entente réalisée avec les sociétés (1). La loi polonaise dispose également que des contrats peuvent être établis entre les caisses et les hôpitaux, mais elle ajoute que les hôpitaux publics sont tenus de recevoir les malades des caisses, moyennant la moitié de leurs frais moyens d'entretien et de traitement (art. 43).

Tels sont, brièvement indiqués, les principaux moyens d'organisation du service hospitalier. Nous n'avons pu ici qu'effleurer ce problème très vaste, d'une importance capitale au point de vue de la santé publique, et nous avons dû nous borner à signaler succinctement les diverses questions qu'il soulève. Nous consacrerons maintenant quelques rapides développements aux modes de versement des indemnités pécuniaires.

ATTRIBUTION DES INDEMNITÉS EN ARGENT

Ainsi que nous l'avons vu, ces allocations sont habituellement subordonnées à la visite d'un docteur qui, constatant

(1) La Norvège donne aux comités des caisses le droit de conclure des contrats analogues.

l'incapacité de travail de l'assuré, lui délivre un certificat. Celui-ci est remis à la caisse qui alloue les indemnités.

Cette attribution des premières allocations nécessite une procédure administrative, qui peut être très variable, suivant les groupements et les pouvoirs des différents administrateurs. Nous n'entrerons pas ici dans le détail des diverses opérations effectuées. Il nous suffira de signaler qu'elles consistent généralement dans une certaine vérification, puis dans la fixation du taux de l'indemnité (quand celui-ci est variable suivant les catégories d'assurés), et enfin dans la détermination du point de départ de la prestation. A ce sujet, nous remarquerons que, généralement, les secours pécuniaires de maladie (1) ne sont pas accordés dès le premier jour de la cessation du travail. En vue d'éviter des abus, on dispose souvent que les allocations en argent ne seront données qu'après quelques jours de maladie. Les courtes affections étant les plus faciles à simuler, on écarte ainsi un certain nombre de fraudes, et on ne porte pas un préjudice très grave aux malades, car les premiers jours de chômage sont aisément supportés par les assurés, grâce aux économies qu'ils ont pu réaliser. Les indemnités peuvent alors, ou bien partir purement et simplement de l'expiration de ce délai, ou bien avoir un effet rétroactif. C'est-à-dire qu'on peut accorder les indemnités pour toutes les journées d'incapacité de travail, quand le nombre de celles-ci dépasse un certain chiffre : on prescrira, par exemple, que les indemnités ne sont pas payées pendant les six premiers jours de la maladie, mais que, dans le cas où l'affection dépassera cette durée, les secours seront dus à partir du premier jour. Cette dernière disposition paraît très logique; si la maladie se prolonge, on est assuré de ne pas avoir affaire à la fraude et il est rationnel que la prestation ne subisse aucune restriction. Par contre, ce système offre

(1) Le problème ne se pose pas pour les pensions d'invalidité, qui succèdent à des allocations périodiques.

l'inconvénient d'inciter les assurés à prolonger leur affection de quelques jours, de façon à toucher le total de l'indemnité. Les deux procédés sont employés concurremment dans nos sociétés de secours mutuels.

Le droit aux indemnités reconnu, il y a lieu de se demander comment celles-ci seront données aux bénéficiaires.

La question se pose différemment, suivant qu'il s'agit des indemnités journalières et mensuelles ou des pensions. Pour ces dernières, le versement étant en quelque sorte automatique, il est très facile de l'assurer. Les pensionnés n'auront qu'à se présenter au siège de la société, et les arrérages leur seront remis, sur la simple présentation de leur titre. Quelquefois, en vue de faciliter la gestion des établissements, on a chargé du paiement des pensions certaines administrations publiques, les postes par exemple (1).

En ce qui concerne le versement des indemnités périodiques, on peut également décider que celui-ci s'effectuera au siège de la société, mais on charge quelquefois des administrateurs, d'aller porter eux-mêmes, au domicile des malades, le montant des allocations, et leur fonction se double alors d'une certaine mission de contrôle. On les charge de s'assurer si l'ouvrier ne simule pas la prolongation de sa maladie et s'il ne convient pas, par suite, de suspendre l'allocation des indemnités. Cette surveillance est donc un des moyens envisagés pour supprimer le paiement des secours. Avant d'étudier ces mesures, qui ne sont susceptibles de s'appliquer qu'en cas d'abus manifestes, nous signalerons rapidement les modes d'extinction normale des prestations.

Les indemnités sont d'abord supprimées, quand elles ont été accordées pendant toute la durée fixée par les statuts (si la société se propose, par exemple, de donner des secours

(1) Suède (art. 32). Pays-Bas, Luxembourg (art. 111); Allemagne (§ 1383). Roumanie (art. 221, qui charge également les caisses d'État et les Banques populaires de cette mission).

pendant six mois). Elles cessent également à la mort du malade ou à sa guérison. Pour constater cette dernière, il est impossible de se fier entièrement aux déclarations de l'assuré. Aussi emploie-t-on le même procédé que celui adopté pour le point de départ des prestations. On charge le docteur de faire connaître la fin de la maladie. Si le certificat médical dont nous avons parlé prescrit, par exemple, un repos d'une semaine, l'ouvrier devra reprendre son travail à cette date, et les secours seront supprimés, à moins qu'un autre certificat ne vienne constater la persistance de l'incapacité de travail (1).

Le malade sera soumis, de ce fait, au contrôle du médecin traitant, qui sera déjà particulièrement efficace. Il faut prévoir cependant que des abus pourront encore s'introduire, et les caisses auront intérêt à les éviter en exerçant une surveillance active, même à l'égard des membres couverts par le certificat d'un docteur. Les mesures envisagées à ce point de vue feront l'objet du paragraphe suivant.

§ III. — Le contrôle dans les établissements d'assurance.

CONTRÔLE DES MALADES

Nous avons déjà vu, à propos de l'organisation de l'assurance, que le contrôle le plus efficace paraissait être celui exercé par les assurés, les uns à l'égard des autres. Nous ne reviendrons pas ici sur cette considération générale, mais

(1) Il y a lieu de remarquer que, l'assurance invalidité pouvant s'appliquer à des affections curables, il faut prévoir également des mesures destinées à provoquer la radiation d'un invalide de la liste des bénéficiaires des pensions. Néanmoins, l'invalidité supposant un état, sinon totalement chronique, du moins assez stable, le contrôle nécessaire pourra être effectué moins fréquemment, et la protection contre la fraude sera susceptible d'être assurée d'une façon moins intense et moins continue, il suffira, par exemple, de soumettre le pensionné à un examen médical périodique.

nous indiquerons seulement, que la surveillance des malades est souvent confiée plus particulièrement à quelques membres (les visiteurs de nos sociétés de secours mutuels, par exemple), qui, en allant chez les malades pour leur remettre leur indemnité pécuniaire, sont chargés également de l'inspection des assurés. Arrivant à l'improviste au domicile des adhérents, ils seront à même de les surprendre dans une situation incompatible avec l'état présumé de leur santé. Tel membre, par exemple, dont l'affection est de nature à l'obliger à garder la chambre ou le lit, sera absent lors du passage du visiteur. Tel autre sera trouvé en train de se livrer à une occupation exigeant un grand déploiement de forces. Toutes les fois que le contrôleur prendra ainsi les prétendus malades en défaut, il fera un rapport au conseil de la société, et des mesures seront prises pour retirer à l'intéressé le bénéfice des prestations. Cette surveillance est d'autant plus efficace que l'inspecteur est lui-même un co-assuré et que les abus lui sont directement préjudiciables.

Il y a lieu de noter également que le rôle de ce visiteur pourra être très important dans un autre domaine, celui de la prévention des maladies : « Ils pourront s'assurer, afin d'éviter la contagion du milieu familial, que les mesures d'hygiène et de prophylaxie prescrites par le médecin sont rigoureusement observées; ils dépisteront les pré-tuberculeux et interviendront, le cas échéant, auprès des autorités administratives, pour obtenir la stricte observation des règles édictées pour la protection de la santé publique (1). »

Indépendamment des visiteurs, il est possible de confier le contrôle à des docteurs attachés spécialement à l'assurance, à des médecins inspecteurs de l'établissement (2).

Ceux-ci, en raison de leur compétence en la matière, pourront examiner le malade et s'assurer, par suite, de l'état

(1) GOURDIN, *Les sociétés de secours mutuels*, page 60.

(2) Suisse (art. 18).

réel de sa santé, sans être obligés, comme les visiteurs, de baser leur contrôle sur des considérations extérieures.

Cette surveillance pourra s'effectuer chez les assurés eux-mêmes. Le docteur se présentera inopinément chez certains malades et leur fera subir un examen médical sévère. Si les coups de sonde de ce genre sont particulièrement fréquents, et si des mesures assez strictes sont prises contre les individus surpris à frauder, le nombre des abus sera susceptible de diminuer considérablement.

Ce contrôle peut aussi s'exercer par la convocation, au cabinet du praticien, des malades capables de se déplacer. Il y a lieu de remarquer que c'est parmi cette catégorie que les fraudes seront les plus fréquentes, car ce ne sont pas les affections très graves qui risquent d'être simulées. C'est donc le mode de surveillance qui paraît le plus nécessaire. C'est celui qu'on trouve organisé en Allemagne, où il est exercé par le « médecin de confiance », aidé ou non de confrères contrôleurs. M. le docteur Lacroix nous donne des renseignements intéressants sur ces sortes de « contre-visites », auxquelles il a assisté en Alsace-Lorraine. « Pour le triage des feuilles de maladie », nous dit-il, « c'est-à-dire pour le choix des assurés sur qui portera l'examen, les diagnostics vagues : pied plat, coliques, attirent l'attention et incitent à contrôler le malade. Souvent, celui-ci, par le seul fait de sa convocation, reprend de lui-même son travail ». Quant à la séance de contrôle proprement dite, elle rappelle, au plus haut point, les examens des conseils de revision, des centres de réforme pendant la guerre. « Les malades sont auscultés, examinés, etc... Si nécessaire, on demande une observation complémentaire de spécialistes ou un séjour à l'hôpital. Sinon, l'examen se termine par une décision : reprise du travail immédiatement ou dans tant de jours, ou nouvelle visite à cette date. »

On reproche à ce mode de contrôle qui, par ailleurs, semble nécessaire, « d'offrir, pour l'assuré, celui d'une certaine classe

principalement, un caractère humiliant. L'attente d'abord, dans une promiscuité assez pénible. L'examen médical ensuite, tout à fait militaire, par sa nature même tout à fait caserne ». De plus, la « tâche des médecins contrôleurs est délicate et souvent difficile ».

Si nous abandonnons maintenant cette question de la surveillance des malades, pour passer à un autre ordre d'idées, nous rencontrons un problème qui, à vrai dire, ne paraît pas rentrer directement dans le cadre du contrôle, mais qui cependant s'y rattache assez nettement. Il ne s'agit plus ici de l'inspection des malades, mais d'une difficulté particulière à l'assurance obligatoire, qu'on pourrait appeler le contrôle des assujettis.

CONTRÔLE DES ASSUJETTIS DANS L'ASSURANCE OBLIGATOIRE

Nous voulons parler des mesures destinées à constater la participation à l'assurance de tous les ouvriers soumis à l'obligation. En d'autres termes, la loi ayant fixé les conditions de profession et de salaire propres aux assurés obligatoires, il y a lieu de se demander, comment les groupements sauront que tel travailleur remplit ces conditions, et qu'il doit, par conséquent, effectuer le versement de ses cotisations.

Nous avons vu, à propos du précompte, qu'il était difficile de compter sur l'ouvrier lui-même pour faire sa déclaration, il paraît donc nécessaire qu'une autre personne intervienne.

D'autre part, les travailleurs se déplacent assez souvent. S'ils quittent une région, il est bon que des renseignements soient fournis à la caisse de la localité de l'ancien domicile, comme à celle de la nouvelle résidence.

Qui sera chargé de donner ces renseignements? Dans la pratique, on s'est adressé à la seule personne qui possède vraiment les indications nécessaires, au patron. C'est lui qui paie les ouvriers, qui connaît le taux exact de leur rémunération et qui, par conséquent, est à même de savoir s'ils rentrent dans la catégorie des assurés obligatoires. C'est lui,

d'ailleurs, qui est généralement chargé de retenir le montant des cotisations, et il est logique qu'il fournisse le nom des individus pour le compte de qui il doit opérer des retenues. Presque tous les pays obligent les employeurs à faire les déclarations nécessaires aux caisses d'assurance (1).

Mais à quelle caisse devra-t-il donner les indications, dans le cas où l'ouvrier qu'il emploie ne fait partie d'aucune société? La loi prévoit généralement plusieurs sortes d'établissements et laisse le choix à l'assuré de s'affilier à celui qui lui convient. Si plusieurs groupements sont susceptibles de recevoir l'employé et si celui-ci n'a pas fait connaître son choix, quelle sera la règle imposée au patron? Lui laissera-t-on le soin d'affilier ses ouvriers à n'importe quelle société? En prévision de cette situation, la loi prévoit habituellement l'institution d'organismes de droit commun, dont font partie tous ceux qui n'ont pas fait connaître leur intention d'être admis dans d'autres sociétés, qui sont alors des caisses de remplacement.

Les caractères de l'un ou l'autre établissement varient énormément suivant les pays et nous n'avons pas à entrer ici dans ces détails de l'organisation. Nous nous bornerons simplement à remarquer que l'organisme le plus favorisé est celui de droit commun, car il est appelé à comprendre un grand nombre de membres, la plupart des assurés n'usant pas de la faculté de choisir leur caisse, soit par indifférence, soit par négligence.

Nous n'examinerons pas plus longtemps ce problème de la vérification de l'assujettissement des assurés obligatoires et nous passerons immédiatement à une autre catégorie de questions, qui se posent à l'occasion du contrôle exercé,

(1) Allemagne (§ 317). Norvège (art. 9). Autriche (art. 72), etc. En Suède, où l'assurance est généralisée, c'est la personne chargée d'établir le rôle du recensement communal, qui dresse, chaque année, la liste des assurés.

non plus par les sociétés sur les assurés, mais par l'État sur les établissements eux-mêmes.

CONTRÔLE ADMINISTRATIF DES INSTITUTIONS

Étant donnée l'importance sociale de l'assurance, la collectivité ne peut laisser les organismes entièrement livrés à eux-mêmes. Comme nous l'avons vu, elle se préoccupe très souvent d'organiser une certaine surveillance technique, en vue d'empêcher les faillites trop fréquentes. Mais là, ne se borne pas généralement son intervention. Il ne suffit pas de contrôler l'exactitude des prévisions financières des sociétés. de constater si les cotisations exigées sont suffisantes pour couvrir les dépenses éventuelles, il faut encore protéger les adhérents contre la possibilité d'agissements frauduleux de la part de certains administrateurs, il faut obliger les groupements à rester dans les limites qui leur sont fixées par la loi. Le législateur établit certaines prescriptions, destinées à donner à l'assurance une orientation déterminée, à garantir les adhérents contre les abus possibles et il est nécessaire que ces règles soient strictement observées.

De là, l'institution d'un certain contrôle administratif, dont le rôle varie en raison de l'autonomie plus ou moins grande laissée aux groupements et de l'étendue de la réglementation législative.

Néanmoins, on retrouve dans les principaux pays des dispositions analogues. Tout d'abord, les caisses doivent soumettre, à l'examen de l'autorité administrative, leurs statuts et les modifications qui y sont ultérieurement apportées. Par ce moyen, l'État vérifie les buts que se proposent d'atteindre les sociétés, les obligations imposées aux adhérents, les avantages assurés, et toutes les dispositions du fonctionnement général de l'organisme. Il accorde ou refuse l'autorisation, suivant que les prescriptions de la loi sont respectées ou violées. C'est ainsi qu'en France l'administration est chargée d'approuver les statuts des sociétés de secours mu-

tuels, qui ne contiennent aucune disposition contraire à la loi (1). En Angleterre, les commissaires d'assurance doivent autoriser les sociétés, toutes les fois qu'elles ne poursuivent pas un but de lucre, que leur gestion est placée sous le contrôle absolu des adhérents et que les membres honoraires n'ont pas le droit de vote.

Les différentes législations prévoient également le droit, pour l'administration, de se faire communiquer les livres, reçus et toutes les pièces utiles à la vérification de la comptabilité (2). D'autre part, elles exigent l'établissement de bilans, de statistiques, d'inventaires techniques, de comptes rendus.

Tous ces moyens permettent aux gouvernements de s'assurer du fonctionnement normal des institutions. Si le contrôle fait ressortir des irrégularités graves, des sanctions sont généralement prévues contre les administrateurs et directeurs, et l'autorisation peut être retirée au groupement.

En somme, le contrôle administratif est sensiblement le même dans tous les pays. Les principes sont analogues et, si une certaine différence se rencontre dans les modalités, c'est en raison des prescriptions plus ou moins minutieuses de la loi et de l'esprit plus ou moins libéral avec lequel le contrôle est exercé.

§ IV. — Organisation du contentieux.

Il nous reste à consacrer quelques lignes aux conflits qui peuvent surgir à l'occasion du fonctionnement de l'assurance.

Les différends sont généralement moins fréquents dans un régime de prévoyance libre que dans un système de

(1) Il en est de même en Allemagne, où la loi dispose, en outre, que les modifications, destinées à mettre les statuts en conformité avec les prescriptions légales, peuvent être ordonnées et même effectuées d'office, en cas de négligence ou de refus, par l'office supérieur (§ 326).

(2) Allemagne (§ 326). Angleterre, France (Loi du 1^{er} avril 1898).

coercition. En effet, dans le premier cas, ils ne peuvent guère se produire, qu'en raison de divergences sur l'interprétation des clauses statutaires et sur les droits éventuels d'un membre à une prestation déterminée. Dans le régime obligatoire, les motifs de conflits sont beaucoup plus nombreux. Indépendamment des causes précédentes, des contestations peuvent s'élever à propos de l'assujettissement de tel ou tel ouvrier, de l'étendue d'action de certains organismes. Des contestations apparaîtront entre les divers groupements, à l'occasion, soit de la délimitation de leur ressort, soit du règlement des rapports qui doivent exister entre eux (en raison, par exemple, du changement de domicile des assurés). De plus, nous avons vu qu'une liaison assez étroite devait exister entre les organismes d'assurance maladie et d'assurance invalidité. Ces relations n'iront pas sans engendrer des conflits. Enfin, des différends sont également probables entre les caisses, d'une part, et les médecins, pharmaciens et hôpitaux, d'autre part.

En raison de la fréquence des contestations et de leur nature spéciale, les différentes législations ont généralement institué des organismes particuliers, qui sont chargés de trancher les difficultés et de rendre des sentences. C'est le cas de l'Allemagne, de la Suède, du Luxembourg, de l'Angleterre, de la Roumanie, etc...

Nous n'entrerons pas ici dans l'exposé détaillé de chacun des systèmes adoptés. Nous nous bornerons à signaler les avantages d'une juridiction spéciale à l'assurance. Il est désirable, en effet, pour la bonne marche de l'institution, que les différends soient réglés rapidement et définitivement (1), et qu'une garantie efficace soit donnée à l'assuré contre l'arbitraire possible des établissements. Cette protection, qui

(1) C'est dans ce but, que certaines sociétés de secours mutuels soumettent à des arbitres les contestations qui surviennent entre elles et leurs membres.

présente déjà une grande utilité dans un régime de prévoyance libre, est particulièrement nécessaire dans les systèmes de contrainte. Si l'on oblige les ouvriers à verser une certaine prime, il est indispensable qu'on s'efforce de leur assurer, en revanche, la jouissance des avantages promis.

Ce dernier problème, relatif à l'institution d'un système de juridiction, termine la liste un peu disparate des questions que nous nous sommes proposé d'examiner dans ce chapitre. Nous y avons passé rapidement en revue les principales difficultés rencontrées, dans le fonctionnement pratique des organismes, et les divers procédés susceptibles d'être adoptés. Nous avons écarté, en revanche, un certain nombre de complications qui, ressortissant à des problèmes de détail, ne nous ont pas paru devoir faire l'objet de développements particuliers.

CONCLUSION



« L'une des gloires les plus pures de notre époque sera d'avoir tressailli, au milieu de l'égoïsme et de l'indifférence des uns, du scepticisme des autres, devant le spectacle des misères d'ici-bas, en cherchant à les adoucir par des institutions de protection et d'assurance (1). » En effet, depuis un certain nombre d'années, il n'est pas un législateur qui ne se soit préoccupé d'améliorer le sort des travailleurs et de les garantir contre les risques auxquels ils sont exposés. Ce mouvement, assez lent au début, s'est accéléré peu à peu et, depuis le commencement de notre siècle, les lois sociales ont pris une extension considérable. Il ne se passe plus d'année sans que surgisse, dans quelque nation d'Europe, un système de protection contre la maladie ou l'invalidité.

Si on constate un certain ralentissement, pendant le grand bouleversement de la guerre, au moment où la presque totalité des peuples, entraînés dans la tourmente, devaient concentrer leurs forces vers la défense de leur territoire et de leur liberté menacés, par contre, le nombre des législations d'assurance s'est accru très rapidement depuis la fin des hostilités. A ce moment, les belligérants ont senti cruellement l'importance de leurs pertes, ils ont mesuré l'étendue des vides creusés dans les rangs des travailleurs et ils ont compris que, pour remplacer utilement les milliers de jeunes

(1) COMTESSE, Conseiller fédéral suisse.

gens restés sur les champs de bataille, il fallait avoir des ouvriers valides, courageux et bien portants. Pour cela, il était nécessaire de leur procurer la sécurité de l'avenir, de les garantir efficacement contre les maux qui les menacent et de leur fournir, en cas de maladie, les moyens de se soigner et de se guérir. L'intérêt de cette protection apparaissait alors avec une force particulière, en raison de l'état de santé de la plupart de ceux qui revenaient prendre leur place au bureau, à l'atelier ou aux champs. Les longues années, passées dans les tranchées, n'avaient pas été sans entraîner des conséquences néfastes pour l'organisme des individus, et même ceux qui avaient traversé heureusement toutes les épreuves en étaient sortis sensiblement affaiblis et particulièrement exposés aux affections les plus variées.

Aussi, plusieurs lois récentes sont-elles venues remanier ou organiser les institutions qui nous occupent, de nombreux projets ont été déposés dans ce but devant les Parlements et les exemples cités au cours de cet ouvrage nous permettent d'affirmer, qu'à l'heure actuelle, il n'existe, en Europe, aucun pays se désintéressant de la garantie des travailleurs contre les fléaux sociaux. C'est, nous semble-t-il, la notion qui se dégage le plus nettement des développements de notre étude, et notre première constatation sera l'existence d'un régime d'assurances sociales dans la plupart des pays.

Cette observation est la meilleure réponse qu'on puisse faire aux arguments de ceux qui nient la possibilité de l'assurance dans notre matière. Le nombre et l'importance des organisations positives nous dispense de réfuter cette opinion. Ils attestent que l'invalidité, comme la maladie, sont des risques assurables et qu'il n'est pas impossible que, dans les limites de la faillibilité humaine, le jugement à porter ici soit éclairé et sincère. Sans doute, des erreurs se produiront, des assurés réussiront à déjouer toutes les surveillances et à simuler une affection, mais les abus possibles ne suffisent

pas à condamner le principe même de l'institution. Dans une matière de cette importance, il est nécessaire d'avoir des vues larges et de ne pas sacrifier, à la crainte d'une fraude éventuelle, la sécurité et le bien-être de milliers de personnes.

D'autre part, si nous avons remarqué le nombre considérable des législations d'assurance, nous avons pu constater également combien, sur une question déterminée, les avis pouvaient être partagés et combien les solutions pratiques étaient parfois différentes. Quelle peut être l'explication plausible de telles contradictions? Serait-ce que les systèmes sont tous imparfaits et qu'on puisse défendre avec le même succès les théories les plus opposées? Sans doute, nous l'avons vu, les procédés les meilleurs prêtent à la critique et il est impossible ici, comme dans toute organisation humaine, d'élaborer un système ne présentant aucun inconvénient, mais c'est ailleurs qu'il faut aller chercher le véritable motif de ces divergences; c'est dans le tempérament national des divers peuples. Ainsi que le disait Montesquieu, « les lois doivent être tellement propres au peuple, pour qui elles ont été faites, que c'est un très grand hasard, si celles d'une nation peuvent convenir à une autre ». Cette remarque, d'une exactitude générale, s'applique avec plus de force encore, en ce qui concerne l'assurance maladie. Il s'agit ici d'organiser une protection contre des maux physiologiques, contre les manifestations de troubles personnels à l'individu et il est nécessaire de tenir un compte, plus étroit que partout ailleurs, de la mentalité des personnes à qui l'institution doit s'appliquer. Il ne suffit pas de construire un bel édifice, théoriquement parfait, il faut surtout s'attacher au tempérament et au caractère de ceux destinés à l'habiter. Vouloir faire abstraction de cette relation intime entre le cadre législatif et la mentalité des personnes qui doivent y être incorporées, c'est faire une œuvre vaine.

Mais alors, dira-t-on, si cette thèse est admise intégralement, on arrive à l'impossibilité de faire une étude générale,

la question de l'assurance ne pouvant être examinée qu'au point de vue d'un pays déterminé. A cela, nous répondrons que, s'il nous a été possible de consacrer des développements généraux aux différents problèmes posés par l'assurance maladie et invalidité, c'est que la discussion théorique ne varie guère suivant les pays. Les arguments présentés en faveur d'un procédé déterminé sont les mêmes, quelle que soit la nation envisagée, mais, où la distinction apparaît, c'est dans la valeur respective de ces arguments, c'est dans leur degré particulier. Les inconvénients d'un système sont constants, mais leur force varie, suivant le caractère des individus à qui l'on s'adresse. Tel peuple se prêtera volontiers à un régime de coercition, alors que tel autre se refusera à l'admettre. Dans le premier cas, les inconvénients de l'obligation disparaîtront devant ses avantages, qui prendront alors toute leur valeur. Dans le second, au contraire, ce seront les inconvénients qui prédomineront et, devant leur intensité particulière, les avantages s'effaceront au point d'être à peine perceptibles.

Cette deuxième constatation, qui résulte de l'examen d'ensemble de notre étude, nous amène logiquement à l'impossibilité de préconiser un système donné d'un point de vue général. Tel procédé sera préférable dans un pays, alors que, dans un autre, il serait exposé à un échec. Nous ne pouvons donc pas conclure, in abstracto, en faveur d'un régime déterminé et il nous est seulement possible, laissant maintenant de côté l'étude générale, d'indiquer brièvement quels sont à notre avis, les grands principes, qui doivent régir, en France, une assurance contre la maladie et l'invalidité. Pour les dégager, nous considérerons d'abord le tempérament particulier du Français et nous chercherons ensuite quel est le cadre législatif qui paraît le mieux lui convenir.

C'est presque un lieu commun de dire que notre caractère est frondeur, que, si nous sommes très partisans de l'ordre, nous supportons difficilement toute réglementation, toute

contrainte, qui se manifeste trop brutalement ou trop ouvertement. Le Français, d'autre part, a un grand souci d'indépendance, il est jaloux de sa liberté et même doué d'un certain esprit de contradiction, qui lui fait éprouver une satisfaction particulière à se soustraire aux petites réglementations de l'existence quotidienne.

Ce sont là des caractères généraux de notre tempérament, qui suffisent à montrer le sens dans lequel doit s'orienter, chez nous, une législation d'assurance. Si on veut introduire un régime d'obligation (et une telle mesure, malgré la supériorité morale du principe de liberté, nous paraît presque nécessaire pour faire pénétrer profondément l'assurance dans les milieux où elle serait le plus utile), il nous semble indispensable que la contrainte, quoique effective, soit aussi peu apparente que possible. Il faut que l'institution se développe beaucoup plus par la propagande résultant de la constatation journalière des avantages procurés, que par des mesures de coercition trop manifestes, qui risqueraient d'aller à l'encontre du but visé.

En outre, à un autre point de vue, une des conditions essentielles de la réussite, en France, des assurances sociales, nous paraît être l'autonomie la plus large des organismes. Pour que les ouvriers versent volontiers leurs cotisations, il est nécessaire qu'ils suivent personnellement leur épargne, qu'ils administrent eux-mêmes le groupement, et qu'ils soient directement intéressés à une gestion économique de l'assurance. Tenant compte de la mentalité de notre peuple, qui aime à faire preuve d'initiative, l'institution ne devra pas être enserrée dans un cadre trop étroit, mais au contraire, elle laissera aux divers organismes une latitude aussi grande que possible pour leur fonctionnement. Cette nécessité de l'autonomie de l'assurance est reconnue par un grand nombre de personnes. Elle fut notamment proclamée par MM. Mille-rand, Viviani et P. Boncour. Ce dernier disait à Marseille, le 2 mars 1913 : « Je ne vois pas comment une caisse

administrative quelconque, quel que soit le nom sous lequel on la désigne, ferait l'appréciation de cette chose délicate, qui s'appelle l'invalidité. » D'autre part, M. Millerand développait les mêmes arguments : « En France, disait-il, dans un pays où les considérations de politique locale sont si puissantes, comment éviterait-on que les rentes fussent accordées à la faveur et maintenues de même. Qui oserait surveiller les rentiers et supprimer les pensions ? L'organisation bureaucratique de l'assurance invalidité serait sans tarder compromise par des gaspillages ou, si l'on voulait se montrer sévère, par un mécontentement très grave. »

Il est donc nécessaire que, chez nous, l'assurance soit confiée à des organes s'administrant eux-mêmes et intéressés à la bonne gestion, « il faut que des groupements souples, étrangers aux influences politiques, viennent apprécier l'état de l'invalidé, le doser, le surveiller, le réviser » (1).

En outre, nous croyons indispensable que l'institution soit organisée par des sociétés peu étendues, dont la circonscription sera aussi restreinte que le permettront les nécessités techniques. Nous avons vu que la surveillance réciproque des co-assurés, qui est la plus efficace, ne peut s'exercer utilement que dans des organismes non seulement autonomes, mais encore très rapprochés des intéressés. C'est uniquement dans ce cas que les assurés seront soumis à un contrôle effectif, que l'on verra « des camarades chercher, pour le camarade momentanément arrêté, un travail mieux approprié » (2).

Tels sont, à notre avis, les grands principes qui doivent présider, en France, à l'organisation générale d'une assurance maladie et invalidité. Si nous laissons maintenant de côté cette question de la structure même de l'institution, pour rechercher les solutions préférables des problèmes étudiés dans les autres chapitres de cet ouvrage, nous concluons, d'abord, à

(1) FUSTER, au Congrès de Nice des sociétés de secours mutuels.

(2) FUSTER, *op. cit.*

la nécessité de garantir les ouvriers contre toutes les formes de la maladie, quelles que soient sa nature et sa durée, qu'il s'agisse de la maladie proprement dite ou de l'invalidité, permanente ou temporaire, totale ou partielle.

D'autre part, les développements consacrés à l'indemnisation des deux risques qui nous occupent ont fait ressortir l'intérêt des prestations en nature. Nous avons vu que l'assurance, pour rendre les services attendus d'elle, devait fournir, indépendamment des secours pécuniaires, les soins médicaux et pharmaceutiques. Sans revenir ici sur les avantages du système, nous rappellerons que, seule, l'allocation de secours en nature permet une lutte efficace contre la maladie, que, seule, elle peut avoir des résultats appréciables pour sa guérison, comme pour sa prévention. En accordant les soins du médecin et du pharmacien, l'institution fera déjà une œuvre sociale utile. Si, d'autre part, elle emploie judicieusement ses capitaux en vue de l'amélioration de l'hygiène, si elle recherche et si elle trouve, auprès des autorités, les concours nécessaires pour supprimer les foyers d'infection, elle contribuera largement au développement de la prophylaxie. Comme nous l'avons déjà signalé, pour que son influence bienfaisante s'étende efficacement sur l'ensemble de la nation, il est nécessaire que l'organisation soit orientée vers la préservation des maladies, que, par une action étroitement coordonnée de toutes les institutions de l'assurance, elle tende vers la protection de la santé publique et le salut de la race.

Ainsi comprise, l'assurance sera appelée à rendre aux travailleurs, comme au pays tout entier, les services les plus signalés.

Elle donnera aux ouvriers la sécurité qui leur manque et les garantira contre les atteintes de la misère; leur fournissant les moyens de suivre, en cas de maladie, les traitements appropriés, elle abrégera leurs affections, dans la mesure du possible, et adoucira leur existence.

Au regard de la nation elle-même, son influence se fera sentir à un double point de vue : tout d'abord, en protégeant les travailleurs contre des risques susceptibles de les plonger dans le dénûment le plus absolu, elle donnera, au pays, plus de calme et de tranquillité et contribuera grandement au maintien de la paix sociale. En outre, par la guérison rapide des maladies, par la suppression des causes de contamination et le développement des mesures préventives, elle améliorera l'état sanitaire général, augmentera le nombre des forces utiles de la nation et accroîtra, avec le rendement du travail, la richesse du pays.

Aussi, formerons-nous le vœu, en terminant cette étude, que les circonstances politiques et économiques permettent bientôt l'organisation, en France, d'un vaste réseau d'assurances sociales, qui nous aideront à réparer les ruines de la guerre, et contribueront, dans une large mesure, au développement de la prospérité nationale.

BIBLIOGRAPHIE

ABRÉVIATIONS. — Ac. Sc. M. et P. : *Académie des Sciences Morales et Politiques*. — Ec. Fr. : *Économiste français* — Rev. D. P. : *Revue du Droit public et de la Science politique*. — Rev. E. P. : *Revue d'Economie politique*. — Rev. G. A. : *Revue générale d'administration*. — Rev. P. et M. : *Revue de la Prévoyance et de la Mutualité*. — Rev. P. et P. : *Revue politique et parlementaire*. — Q. P. : *Questions pratiques*.

ALLAIN. — L'assurance contre la maladie dans la Mutualité française (thèse).

AMIEUX. — Les assurances sociales à l'étranger. (Q. P. 1910.)

ANTHEAUME. — Les principes généraux qui doivent régir l'assistance des psychopathes.

ARSANDAUX. — Les retraites ouvrières en Belgique.

— Les retraites ouvrières en Italie.

ARTIBAL. — Les assurances ouvrières à l'étranger.

BÉCHAUX. — L'assurance obligatoire en Suisse et le référendum. (Ac. Sc. M. et P., 1900.)

BEGASSE. — Les assurances sociales en Belgique.

BELLOM. — Définition légale de l'invalidité en matière d'assurance sociale.

— Les lois d'assurance ouvrière à l'étranger.

— L'assurance contre l'invalidité par les sociétés de secours mutuels ou les retraites ouvrières par la liberté.

— Dispositif d'un système d'assurance contre l'invalidité par les sociétés de secours mutuels.

— Relations mutuelles des diverses branches de l'assurance.

— Les questions ouvrières et la science actuarielle.

— Les assurances ouvrières en Autriche (Rev. E. P., 1908.)

— L'assurance contre l'invalidité en Belgique. (Q. P., 1911.)

BELLOM. — Les assurances sociales en Allemagne. Les nouvelles formules. (Ac. Sc. M. et P., 1912.)

— Les premiers résultats de la nouvelle loi anglaise. (*Journ. des Econ.*, sept., nov. 1913; février 1914.)

Rev. P. et P.

— Mutualité et assurance (avril 1904).

— L'assurance contre l'invalidité (juillet 1914).

— Les assurances ouvrières devant le Congrès de Dusseldorf (août 1902).

— Les assurances ouvrières devant le Congrès de Vienne (nov. 1905).

— Les assurances ouvrières devant la Conférence de La Haye (nov. 1910).

— Les assurances ouvrières devant la Conférence de Dresde (déc. 1911).

Eco. Fr.

— Les assurances ouvrières en Suisse (15 juill. 1911).

— Le Code d'assurances ouvrières allemand (30 déc. 1911 13-27 janv. et 24 févr. 1912).

— Les sociétés de secours mutuels en Allemagne (23 mars, 20 avril 1912).

— L'assurance des employés en Allemagne (8-22 juin, 6-20 juil. 1912).

— La Prévoyance facultative en matière d'invalidité et de vieillesse (28 sept., 12 oct. 1912).

— Les résultats des assurances sociales en Allemagne (9 nov. 1912).

— État actuel de l'assurance ouvrière en Hongrie (22 fév. 1913).

— L'assurance contre l'invalidité en Suède (31 mai 1913).

— L'assurance contre la maladie en Allemagne d'après une enquête anglaise. Le service médical (13 et 20 sept. 1913).

— La Mutualité, son caractère et son rôle véritable (27 sept. 1913).

— Les assurances sociales en Russie (13 déc. 1913).

— L'évolution de l'assurance sociale en Belgique (1914).

— Les assurances sociales en Roumanie (9 mai 1914).

BLOCK. — Les assurancés ouvrières en Allemagne.

BOURGIN. — Critique de l'assurance sociale. (Rev. P. et P., 1913.)

BOVET. — Les assurances ouvrières obligatoires et leur rôle social.

- BRETON. — Rapport sur l'extension aux maladies professionnelles de la loi sur les accidents du travail.
- BROUILHET. — Précis d'Économie politique.
- BRY. — Législation industrielle.
- CAPITANT et CUCHE. — Législation industrielle.
- CAUWES. — Traité d'Économie politique.
- CHEYSSON. — Les assurances ouvrières. (Ref. sociale, 1895.)
- CHOLLET Marcel et G. HAMON. — Le Problème des assurances sociales en Alsace-Lorraine.
- CHOREL. — Assurance par l'État (thèse).
- CLERGET. — Les conditions du travail en Suisse. (Q. P., juin-juillet 1908.)
- CROCHARD. — Assurance obligatoire contre la maladie et les sociétés de secours mutuels en France (thèse).
- DÉDÉ. — Les sociétés de secours mutuels. Leur rôle économique et social.
- DENIZET. — Rapport au Congrès d'hygiène, d'assurance et de prévoyance sociales de Strasbourg (1922).
- FONTAINE. — Rapport à l'Exposition internationale de 1889 (section sociale).
- FUSTER. — Les capitaux des caisses de retraites allemandes et leur emploi.
— Les charges de l'assurance des ouvriers allemands et des ouvriers anglais.
- GERMAIN. — Les assurances sociales en Alsace-Lorraine. (Rev. P. et M., mai-juin 1920.)
- GIDE. — Cours d'Économie politique.
— Économie sociale. Les institutions du progrès social.
- GIGOT. — L'assurance obligatoire. (Ref. soc., 1894.)
- GIVORD. — Assurance obligatoire contre la maladie et les sociétés de secours mutuels (thèse).
- GOUACHON. — La réforme des assurances sociales. (Q. P., oct., nov., déc. 1921.)
- GOURDIN. — Les sociétés de secours mutuels.
- GRAU. — Étude pour l'organisation de l'assurance maladie et invalidité. (Rev. P. et M., sept., oct. 1920.)
— Étude sur le projet des assurances sociales. (Rev. P. et M., sept., oct. 1921.)
- GUILHAUMON. — Les sociétés de secours mutuels et leur concours à l'assurance ouvrière (thèse).

- HAMON. — Histoire générale de l'assurance en France et à l'étranger.
- HOPSTETTER. — Les assurances sociales en Alsace-Lorraine. (Rev. P. et M., mars, avril, mai 1920.)
- ISTEL. — L'assurance contre la maladie en Allemagne (thèse).
- JAY. — Les assurances ouvrières obligatoires. (Rev. E. P., 1899.)
 — Les assurances ouvrières et la solidarité dans l'industrie. (Rev. P. et P., sept. 1905.)
 — Les assurances ouvrières et la caisse nationale des retraites. (Rev. P. et P., 1895.)
- JAYLE. — La Presse médicale (avril, juill. 1922).
- KORN. — Contribution à l'étude de la législation impériale allemande sur les assurances ouvrières et spécialement sur l'assurance des invalides (thèse).
- KUHNE Emm. — Les assurances fédérales. (Ec. fr., 16 mars 1912.)
- LABALETTE. — Étude législative de l'invalidité ouvrière (thèse).
- LACROIX (Dr). — Le médecin et les lois sociales nouvelles. (Concours médical, 20 nov., 4, 11, 18, 25 déc. 1921. — 1, 8, 15, 22, 29 janv. 1922.)
- MALZAC. — Pensions d'invalidité. (Rev. P. et P., 1912.)
- MANIER. — Les assurances sociales en Angleterre (thèse).
- MARIE. — Rapport à l'Exposition internationale de 1900.
- MARTEAU. — Rapport au ministre des Affaires étrangères sur les assurances ouvrières en Allemagne.
- MARTIN. — La loi du 9 avril 1898 et l'assurance obligatoire (thèse).
- MARTINET. — Les sociétés de secours mutuels et les assurances ouvrières. (Rev. G. A., 1889 et 1890.)
- MAZE. — La mutualité et le projet de loi sur les assurances sociales. (Rev. P. et M., mai, juin 1921.)
- MONTCHRESTIEN. — Le problème des assurances sociales en France.
- MONTIER. — La mutualité et les problèmes sociaux.
- PAULET. — Les assurances sociales en France de 1889 à 1905.
 — Assurance obligatoire contre l'invalidité en Allemagne.
- PIC. — Les assurances sociales en France et à l'étranger.
 — Traité élémentaire de législation industrielle.
 — Les assurances sociales en Europe. (Q. P., 1913.)
 — Le problème des assurances sociales. (Rev. éco. int., avril 1909.)
- PILOTY. — Les assurances ouvrières dans l'empire allemand. (Rev. D. P., 1897-1899.)

- PILOTY. — La revision de l'assurance invalidité et accident en Allemagne. (Rev. D. P., 1903.)
- PORTE. — Le projet de loi sur les assurances sociales et la Mutualité. (Rev. P. et M., juill., août 1921.)
- QUIQUET. — Rapport sur les travaux de la commission des tables de mortalité et de morbidité des sociétés de secours mutuels.
- RAFFALÓVICH. — Les charges de l'industrie allemande. (Ec. Fr., 28 oct. 1911.)
- RILLIET. — Les soins médicaux dans la Mutualité suisse. (Rev. P. et M., janv., fév. 1921.)
- RIST. — Quelques définitions de l'épargne. Essai de critique. (Rev. E. P., nov., déc. 1921.)
- ROBELIN. — Rapport sur le projet de loi des assurances sociales à la séance du 24 juin 1921 du Conseil supérieur des sociétés de secours mutuels. (Rev. P. et M., juill., août 1921.)
- ROCHETIN. — Les assurances ouvrières-mutualités contre la maladie, l'incendie et le chômage.
— Les institutions de prévoyance et d'assurance sociales en Espagne. (Rev. P. et P., déc. 1905.)
— Les assurances mutuelles ouvrières. (Rev. P. et P., 1896.)
- SAINT-AUBERT. — Rapport sur l'assurance contre l'invalidité et la vieillesse en Allemagne. (Congrès international des syndicats agricoles, Paris 1900.)
- SALAUN. — Les assurances ouvrières à l'étranger. (Rev. P. et P., août 1901.)
- SIGG. — Les assurances sociales en Suisse. (Rev. socialiste, nov. 1911.)
- STOPIN. — La protection des travailleurs contre la maladie par les sociétés de secours mutuels et l'assurance obligatoire (thèse).
- TRUCHY. — Économie politique.
- VARLEZ. — Économie sociale en Belgique.
- VER HEES. — Pensions ouvrières d'invalidité et de vieillesse. (Rev. éc. inter., 1907.)
- VERNEUIL (DE). — Assurance obligatoire. (Rev. P. et P., 1911.)
- VIMONT (D^r). — Le service médical des Mutualités.

DOCUMENTS DIVERS :

FRANCE. — Statistique des opérations effectuées par les sociétés de secours mutuels et par les caisses de secours aux ouvriers mineurs.

— Comptes rendus des Congrès des sociétés de secours mutuels.
(Nice 1907, Montpellier 1913, etc.)

ANGLETERRE. — *Reports of the chief registrar of friendly societies.*

ITALIE. — *Assicurazione obbligatoria contro le malattie.* (Publication du ministère italien de l'Industrie, du Commerce et du Travail, 1920.)

— *Assicurazione obbligatoria contro la invalidità e la vecchiaia.*
(Publication du ministère de l'Industrie, du Commerce et du Travail, 1919.)

SUÈDE. — Législation ouvrière et Prévoyance sociale en Suède.
(Publication du gouvernement, 1921.)

SUISSE. — Statistique des opérations des caisses reconnues (1920).

LÉGISLATION

ABRÉVIATIONS. — B. A. S. : Bulletin des assurances sociales. —
Bur. I. T. : Bureau international du travail. Série législative. —
B. O. I. T. : Bulletin de l'Office international du travail.

ALLEMAGNE. — Code impérial des assurances, 19 juill. 1911. (B. A. S., juin 1912.)

— L. sur l'assurance des employés, 20 déc. 1911. (B. A. S., juin 1912.)

— L. 12 juin 1916. (B. O. I. T., 1916.)

— Ordonnance du 22 nov. 1918. (B. O. I. T., 1918.)

ANGLETERRE. — L. 16 déc. 1911. (B. O. I. T., 1912.)

— L. 15 août 1913. (B. O. I. T., 1917.)

— L. 20 mai 1920. (Bur. I. T., 1920.)

AUTRICHE. — L. 16 déc. 1906. (B. O. I. T., 1906.)

— L. 5 fév. 1907. (B. O. I. T., 1907.)

— L. 8 fév. 1909. (B. O. I. T., 1909.)

— Deux lois du 11 fév. 1913. (B. O. I. T., 1913.)

— Ordonn. du 25 juin 1914. (B. O. I. T., 1916.)

— L. 20 nov. 1917. (B. O. I. T., 1918.)

BELGIQUE. — L. 23 juin 1894. (BEGASSE : Les ass. soc. en Belgique.)

— L. 10 mai 1900. (BEGASSE : Les ass. soc. en Belgique.)

— L. 20 août 1903. (BEGASSE : Les ass. soc. en Belgique.)

— L. 5 mars 1912. (B. O. I. T., 1912.)

— L. 11 mai 1912. (B. O. I. T., 1913.)

— Arrêtés 14 mars 1918. (B. O. I. T., 1918.)

— Arrêté 18 mai 1920. (Bur. I. T., 1920.)

DANEMARK. — L. 6 mai 1921. (Bur. I. T., 1921.)

ESPAGNE. — Décret 11 mars 1919. (*Bull. of. the international labour office*, 1919.)

HONGRIE. — L. 6 avril 1907. (B. O. I. T., 1907.)

ITALIE. — Déc. L. 21 avril 1919. (*Bull. of the internat. labour office*, 1919.)

LUXEMBOURG. — L. 31 juill. 1901. (B. O. I. T., 1902.)

— L. 21 avril 1908. (B. O. I. T., 1908.)

— L. 6 mai 1911. (B. O. I. T., 1911.)

— Arrêté 5 juin 1911. (B. O. I. T., 1911.)

— L. 2 juin 1914. (B. O. I. T., 1914.)

— L. 16 juin 1914. (B. O. I. T., 1916.)

NORVÈGE. — L. 6 août 1915. (B. O. I. T., 1916.)

— L. 10 déc. 1920. (Bur. I. T., 1920.)

PAYS-BAS. — Lois nos 204 et 205 du 5 juin 1913. (B. O. I. T., 1914.)

POLOGNE. — L. 19 mai 1920. (Bur. I. T., 1920.)

PORTUGAL. — Décret 10 mai 1919. (*Bull. Minist. Travail*, nov., déc. 1920.)

ROUMANIE. — L. 25 janv., 7 fév. 1912. (B. O. I. T., 1913.)

RUSSIE. — L. 23 juin, 6 juill. 1912. (B. O. I. T., 1913.)

SERBIE. — L. 29 juin, 12 juill. 1910. (B. O. I. T., 1911.)

SUÈDE. — L. 4 juill. 1910. (*Ann. de lég. du trav.*, 1910.)

— L. 20 juin 1913. (B. O. I. T., 1914.)

SUISSE. — L. 13 juin 1911. (B. O. I. T., 1912.)

— L. 18 juin 1915. (B. O. I. T., 1915.)

— BALE ville : L. 12 mars 1914. (B. O. I. T., 1914.)

— GLARIS, L. 7 mai 1916. (B. O. I. T., 1916.)

— SAINT-GALL, L. 28 mai 1914. (*Ann. de lég., étr.*, xvi.)

— ZÜRICH : L. 10 déc. 1916. (B. O. I. T., 1917.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION. — Considérations générales sur la protection des travailleurs contre la maladie et l'invalidité (Épargne, Assistance, Assurance).....	5
---	---

TITRE PREMIER

LE RISQUE MALADIE-INVALIDITÉ

CHAPITRE PREMIER. — Définition du Risque.....	19
PREMIÈRE SECTION : Définition des mots maladie et in- validité.....	20
§ I. — <i>Définition du mot maladie</i>	20
Distinction entre la maladie et l'accident.....	22
Distinction entre la maladie et la maternité.....	26
§ II. — <i>Définition du mot invalidité</i>	27
Distinction entre la vieillesse et l'invalidité.....	29
Distinction entre l'invalidité accidentelle et l'invalidité naturelle	31

DEUXIÈME SECTION : Définition des risques maladie et invalidité.....	34
§ I. — <i>Définition du risque maladie</i>	35
Affections spéciales (professionnelles, mentales, vénériennes)	38
§ II. — <i>Définition du risque invalidité</i>	43
§ III. — <i>Distinction entre la maladie et l'invalidité</i>	56
APPENDICE : Caractère partiellement subjectif de la maladie et de l'invalidité	60
CHAPITRE II. — Indemnisation du risque	63
§ I. — <i>Nature des prestations de l'assurance</i>	64
Allocation en argent ou en nature	65
Diverses prestations	80
Indemnité pécuniaire	81
Soins médicaux	83
Soins pharmaceutiques	84
Hospitalisation	85
Secours à la famille	93
§ II. — <i>Modalités des prestations</i>	96
Durée des secours	96
Indemnités périodiques ou versement d'un capital ..	101
Indemnités dégressives, progressives ou uniformes ..	103
Indemnités uniques ou proportionnelles aux charges de famille	105

TITRE II

ORGANISATION DE L'ASSURANCE

CHAPITRE PREMIER. — Organisation technique..... 109

§ I. — *Les différentes données techniques*..... 114

Assurance maladie..... 114

Variation de la morbidité avec l'âge..... 114

— — — le sexe..... 115

— — — la profession... 117

Assurance invalidité..... 119

Variations dans le nombre des journées d'indis-
ponibilité..... 119

Tables d'entrée dans l'invalidité..... 121

Tables de mortalité des invalides..... 123

Conditions auxquelles est subordonnée l'application
des diverses tables..... 129§ II. — *Organisation technique proprement dite*..... 132

Assurance individuelle ou sociale..... 132

Répartition ou capitalisation..... 144

Pensions proportionnelles ou non au nombre des cotisations versées.....	148
Accomplissement d'un stage.....	151
Contrôle technique et financier des établissements..	152
 CHAPITRE II. — Organisation générale de l'assurance.....	157
 PREMIÈRE SECTION : Les différentes ressources de l'assurance	157
§ I. — <i>Qui devra assumer les charges de l'assurance</i>	158
§ II. — <i>Modes de calcul des diverses contributions</i>	164
Cotisations des assurés	165
Subventions de l'État.....	168
Contribution patronale.....	173
 DEUXIÈME SECTION : Organisation administrative de l'assurance.....	176
§ I. — <i>Assurance par l'État ou par des Institutions autonomes</i>	177
§ II. — <i>Assurance facultative ou obligatoire</i>	186
Problème particulier à l'assurance facultative (mauvais risques).....	196
Problèmes particuliers à l'assurance obligatoire (nature et étendue de la contrainte)	200
Participation des assurés aisés aux dépenses occasionnées par l'assurance des ouvriers modestes...	205

§ III. — <i>Composition et ressort des différents établissements</i>	208
Groupements professionnels ou territoriaux	208
Étendue du ressort des caisses	210
§ IV. — <i>Orientation générale de l'assurance</i>	213

CHAPITRE III. — Fonctionnement pratique des institutions d'assurance

219

§ I. — <i>Modes de recouvrement des contributions</i>	220
Précompte	221
Timbres	224
§ II. — <i>Modes d'attribution des divers secours</i>	225
Organisation du service médical	225
Libre choix	230
Modes de rémunération des médecins	233
Modes de fixation des tarifs	243
Secret professionnel	245
Organisation du service pharmaceutique	246
Organisation du service hospitalier	250
Attribution des indemnités en argent	252
§ III. — <i>Le contrôle dans les établissements d'assurance</i>	255
Contrôle des malades	255
Contrôle des assujettis dans l'assurance obligatoire	258
Contrôle administratif des institutions	260

§ IV. — <i>Organisation du contentieux</i>	261
CONCLUSION	265
BIBLIOGRAPHIE	273
LÉGISLATION	279

Paris. — Imp. PAUL DUPONT (CL.). — 783 .11.22.

